



Estudio epidemiológico de caso sospechoso de Enfermedad por 2019-nCoV

DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Entidad: Jurisdicción: Municipio: Nombre de la Unidad Médica:
 Institución: CLUES:

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: Edad: CURP:

Sexo: Hombre: ¿Está embarazada? Sí No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Sí No Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: País de origen: No. Expediente o Seguridad social:

Entidad de nacimiento: Entidad / Delegación de Residencia:

Municipio de residencia: Localidad:

Calle: Número externo: Número interno:

Entre qué calles: y

Colonia: C.P.: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Sí No ¿Habla alguna lengua indígena? Sí No

Ocupación: ¿Es Migrante? Sí No

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Realizó algún viaje a la Provincia de Hubei*, China en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas? Sí No ¿Usted es residente de la Provincia de Hubei, China? Sí No

*Prefecturas de la provincia de Hubei: Wuhan, Huangshi, Shiyuan, Yichang, Xiangyang, Ezhou, Jingmen, Xiaogan, Jingzhou, Huanggang, Xianning, Suizhou, Prefectura Autónoma de Enshi.

En caso afirmativo responda lo siguiente:

Fecha de viaje a provincia de Hubei: dd/mm/aaaa Aerolínea/vuelo de llegada a México:
 Fecha de llegada a México: dd/mm/aaaa

Durante las 2 semanas previas al inicio de los síntomas :
 ¿Tuvo contacto con alguna persona con sintomatología respiratoria? Sí No Se ignora

Lugar de contacto: 1=Hogar 2=Área de trabajo 3=Área de entrenamiento social 4=Unidad médica

¿Tuvo contacto con animales? Sí No Cual:

¿Qué tipo de contacto tuvo? 1=Animales vivos 2=Animales muertos 3=Sangre 4=Heces 5=Huevo 6= Visceras

¿Visitó algún mercado, donde hubiera venta de animales? Sí No Lugar: Fecha: dd/mm/aaaa

Antecedentes de viajes internacionales y nacionales:

En caso afirmativo informe los países o ciudades visitados

País al que viajó	Ciudad del país al que viajó	Fecha llegada dd/mm/aaaa	Fecha de salida dd/mm/aaaa	Aerolínea/vuelo

¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano con una persona con sospecha de 2019-nCoV? Sí No

¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano con una persona confirmada por laboratorio para 2019-nCoV? Sí No

¿Tuvo contacto con otras personas o familiares que hayan viajado a la Provincia de Hubei en los 14 días previos al inicio de síntomas?

* Contacto cercano: estar a 2 metros de distancia, o dentro de la habitación o área de cuidado, de un caso por un período prolongado de tiempo sin usar el equipo de protección personal (por ejemplo, batas, guantes, respirador desechable N95 y protección ocular); puede incluir cuidar, vivir, visitar o compartir un área o sala de espera médica.

Sí No

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas:

¿En los últimos 14 días ha presentado los siguientes signos y síntomas?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Calosfríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Polipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
			Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Otro	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>			

DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA

Servicio de ingreso:

Fecha de ingreso a la unidad:

Tipo de paciente: 1=Ambulatorio 2=Hospitalizado

El caso fue ingresado a la UCI: Sí No

El caso fue intubado: Sí No

El caso tiene diagnóstico de Neumonía: Clínica Sí No

Radiológica: Sí No

TRATAMIENTO

¿Recibió tratamiento antipirético / analgésico? Sí No Se ignora

Seleccione antipirético/analgésico: Fecha de inicio del tratamiento antipirético/analgésico:

**Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Paracetamol <input type="checkbox"/>	Naproxeno <input type="checkbox"/>	Diclofenaco <input type="checkbox"/>
Ibuprofeno <input type="checkbox"/>	Proxicam <input type="checkbox"/>	Ketorolaco <input type="checkbox"/>
Ácido acetilsalicílico <input type="checkbox"/>	Metamizol sódico <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Clonixinato de lisina <input type="checkbox"/>		

¿Recibió tratamiento antiviral? Sí No Se ignora

Seleccione antiviral: Fecha de inicio del tratamiento antiviral:

**Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Amantadina <input type="checkbox"/>	Zanamivir <input type="checkbox"/>	Ribavirina <input type="checkbox"/>
Rimantadina <input type="checkbox"/>	Peramivir <input type="checkbox"/>	Otro <input type="text" value=""/>
Oseltamivir <input type="checkbox"/>		

¿Recibió tratamiento antibiótico? Sí No Se ignora

Seleccione el antibiótico: Fecha de inicio del tratamiento antibiótico:

**Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Penicilina <input type="checkbox"/>	Clindamicina <input type="checkbox"/>	Amoxicilina c/s Ac. Clauvulánico <input type="checkbox"/>
Dicloxacilina <input type="checkbox"/>	Claritromicina <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Ampicilina <input type="checkbox"/>	Ciprofloxacino <input type="checkbox"/>	
Amikacina <input type="checkbox"/>	Meropenem <input type="checkbox"/>	
Doxiciclina <input type="checkbox"/>	Vancomicina <input type="checkbox"/>	
Cefalosporina <input type="checkbox"/>		

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente? Sí No

Laboratorio de diagnóstico:

Tipo de muestra

**Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Exudado faringeo <input type="checkbox"/>	Lavado bronquial <input type="checkbox"/>
Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/>	Biopsia de pulmón <input type="checkbox"/>

Fecha de toma de muestra:

Fecha de recepción de muestra:

Fecha de envío de la muestra:

Fecha de resultado:

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución 1=Alta por mejoría 2=En tratamiento 3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción

Fecha de egreso: dd/mm/aaaa

Fecha de defunción: dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción *Defunción por 2019-nCoV Sí No

*Anexar copia digitalizada de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por 2019-nCoV

CONTACTOS

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre)	Sexo		Edad	Tipo de contacto (ID o ED)*	Correo electrónico	Presenta signos y síntomas (Fiebre, tos, dolor torácico, dificultad)	Observaciones
	F	M					

* ID = Intradomiciliario , ED = Extradomiciliario (Trabajo, Unidades médicas, Escuela, Mercado, Sitio de reunión, etc.)

Nota: En caso de que algún contacto cumpla con definición operacional de caso sospechoso, realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración: dd/mm/aaaa

Contacto: Teléfono y correo electrónico
