

FORMULARIO UNICO "F300": FORMATO DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO CLÍNICO

I. DATOS DEL PACIENTE

1.1 Tipo Documento	
1.2 Numero Documento	
1.3 Nombres	
1.4 Apellidos	
1.5 Teléfono Celular	
1.6 Dirección (verificado) donde reside actualmente	
1.7 Departamento/Prov./Distrito	
1.8 Clasificación clínica del caso a la primera visita	

L=Leve; M=Moderada; S=Severa

II. SEGUIMIENTO CLINICO DIARIO DEL CASO

Fecha (d/mm/aaaa)	dd	mm	aa													
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Seguimiento P o T																
2.1 Funciones Vitales																
PA	/															
FC																
FR																
Temperatura																
Pulsioximetría																
2.2 Signos y Síntomas																
Tos																
Dolor de garganta																
Congestión nasal																
Fiebre																
Malestar general																
Dificultad respiratoria																
Diarrea																
Nausea/ vómito																
Cefalea																
Irritabilidad/ Confusión																
Dolor Muscular																
Dolor abdominal																
Dolor de pecho																
Dolor en articulaciones																
Otro (especificar)																
2.3 Signos de Alarma																
Disnea	X															
Taquipnea (≥ 22 pm)	X															
Saturación de oxígeno $<92\%$	X															
Alteración de la conciencia																
2.4 Tratamiento Especifico para COVID-19																
Fosfato de cloroquina																
Hidroxicloloroquina																
Hidroxicloloroquina + Azitromicina																
Otro (especificar)																

2.5 Tratamiento antimicrobiano asociado															
Antibiótico (especificar)															
Antiviral (especificar)															
2.6 Anticoagulación profiláctica															
Enoxaparina () mg															
Otro (especificar)															
2.7 Otra medicación															
Especificar medicamento															
2.4 Evolución según criterios clínicos (leve=L, Moderado= M, Severo=S)															
Estado															

2.5 Condición de egreso	A. Recuperado B. Traslado al hospital C. Traslado al hospital para UCI D. Fallecido
--------------------------------	--

Definiciones de las categorías de la clasificación clínica.

Leve	Moderada	Severa
✓ Tos. ✓ Malestar general. ✓ Dolor de garganta. ✓ Fiebre. ✓ Congestión nasal.	✓ Disnea o dificultad respiratoria. ✓ Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto. ✓ Alteración del nivel de conciencia (desorientación, confusión). ✓ Hipotensión arterial o shock. ✓ Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía. ✓ Recuento linfocitario menor de 1000 células/μL.	✓ Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg. ✓ Alteración del nivel de conciencia. ✓ Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg o PAM < 65 mmHg. ✓ $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg o $\text{PaFi} < 300$. ✓ Signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance tóraco-abdominal. ✓ Lactato sérico > 2 mosm/L.

III. SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS

3.1 Tipo Doc	3.2 DNI del conta cto	3.3 Nom bres y apelli dos	3.4 Parentes co	3.5 Factore s riesgo	3.6 Día													
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Opciones para registrar Factores de Riesgo a indagar en 3.4 (múltiples respuestas)

- A. Mayor de 60 años
- B. Hipertensión arterial
- C. Enfermedades cardiovasculares
- D. Diabetes
- E. Obesidad
- F. Asma
- G. Enfermedad pulmonar crónica
- H. Insuficiencia renal crónica
- I. Enfermedad o tratamiento inmunosupresor
- J. Cáncer
- K. Embarazo o puerperio
- L. Personal de salud



Opciones para registrar la Relación Parentesco en el hogar 3.5 (Una opción):

- A. Jefe/Jefa del hogar
- B. Esposa(o)
- C. Hijo(a)
- D. Yerno/Nuera
- E. Nieto(a)
- F. Padres/ Suegros
- G. Otros parientes
- H. Trabajadora del hogar
- I. Pensionista
- J. Otros no parientes

Diariamente se aplica el triaje diferenciado a los contactos, en caso cumpla con la definición de caso sospechoso, se marca "x", caso contrario "-" e inmediatamente sigue el procedimiento establecido

