

FORMULARIO DE PETICIÓN ESTUDIO INFECCIÓN CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

PROCEDENCIA _____

ACTIVIDAD LABORAL _____ - _____

DATOS PACIENTE (Rellenar por el paciente)				SIP	ETIQUETA IDENTIFICATIVA
1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____ NOMBRE: _____					
DÍA EXTRACCIÓN / /	FECHA NACIMIENTO / /	DNI -----	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		
PRUEBA SOLICITADA: -COVID19 (PCR) <input checked="" type="radio"/> -COVID19 ANTICUERPOS CUANTIFICADO <input type="radio"/> -COVID19 ANTICUERPOS TEST RAPIDO (cuantitativo) <input type="radio"/>					

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio desíntomas (dd/mm/aaaa): _____ / _____ / _____

Presentación clínica SI NO NS/NC

Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cuadros respiratorios graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo renal agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos Especificar	<hr/> <hr/>		

FORMULARIO DE PETICIÓN ESTUDIO INFECCIÓN CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

Factores de riesgo y enfermedad de base: Si No NS/NC

- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular (incluida hipertensión)
- Enfermedad hepática crónica
- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica
- Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)
- Embarazo.

Trimestre

Post-parto (<6semanas)

Cáncer

Otras: _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):

¿Ha tenido contacto estrecho con un enfermo de infección respiratoria aguda?

Sí No NS/NC

Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar....) _____

Ha tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado.

Sí No NS/NC

¿Ha viajado a áreas con evidencia de transmisión comunitaria?

Sí No NS/NC

Especificar fechas del viaje: