

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 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			

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 (<6 semanas)

☐ 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: