|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA EL LLLENADO DEL REPORTE** |  | **INFORMACIÓN DEL SITIO EN DONDE SE APLICÓ LA VACUNA Convidecia** |
| **Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País: Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_Ciudad Estado CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel: Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Relación con el paciente:*** Es el paciente ☐ Familiar ☐ Otro
* Profesional de la salud (seleccione):

☐ Médico ☐ Enfermero(a) ☐ Equipo de salud☐ Otro:  | **Tipo de facilidad:** ☐ Consultorio ☐ Sitio de inmunización ☐ Hospital Privado* Farmacia ☐ Lugar de trabajo ☐ Clínica del sector salud
* Escuela ☐ Sitio de cuidados especiales / Casa de retiro (adultos mayores)

 ☐ Otro (detalle): |
| **Facilidad/Nombre de la clínica**: País: Domicilio: Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: E-mail:  |
| **Datos del Médico tratante/Prof. de la salud a contactar respecto al ESAVI**: Tel: Celular: E-mail:  |
| **INFORMACIÓN DE LA VACUNA Convidecia** |
| Vacuna (tipo/marca) | Fabricante |  | No. de Lote / F. Caducidad | Vía de Admin. |  | Calibre de la aguja | Dosis (mL) | Sitio de aplicación | No. de dosis (si aplica) | Fecha / Hora de admin. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | * Izq.
* Der.
 | Dosis 1 |  / /  : ☐ am ☐ pm |
|  |  |  |  |  |  |  |  | * Izq.
* Der.
 | Dosis 2 |  / /  : ☐ am ☐ pm |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** |
| Iniciales: | **Género:** ☐ Masculino* Femenino ☐ Se desconoce
 | Raza (seleccione lo que aplique): ☐Blanca ☐ Negra ☐ Asiática * Afromexicano ☐ Indígena (detalle):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Se desconoce ☐ Otro:  |
| ¿Mujer embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce |
| **Edad a la vacunación o fecha de nacimiento:** | Grupo étnico: ☐ Hispánico o Latino ☐ No Hispánico o Latino ☐ Desconocido |
| Talla: centímetros Peso: kilogramos | Alergia a medicamentos, comida u otros productos: |  |
| **HISTORIA MÉDICA** |
| **Enfermedades agudas en el momento de la vacunación** **y hasta un mes antes:** ☐ Ninguna ☐ Desconocido | **Fecha de inicio**(DD/MMM/AAAA) | **¿Continúa?** | **Fecha de término**(DD/MMM/AAAA) |
|  | **……../……./……** |  **Si NO** | **……../……./……** |
|  | **……../……./……** |  **Si NO** | **……../……./……** |
| **Historia de reacción alérgica previa:****¿El paciente tiene historia de reacciones alérgicas, o de** **hipersensibilidad?** ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce**Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ DD/MMM/AAAA****En caso afirmativo, indique si estos se observan en relación con vacunas / inmunizaciones anteriores.**☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce**Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ DD/MMM/AAAA** | **Por favor, identifique si el paciente tiene antecedentes de alguna de las siguientes condiciones médicas.**Anafilaxis ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceReacciones de Hipersensibilidad ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceAsma ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceFiebre del heno ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceUrticaria / ronchas ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceEpilepsia/ enfermedad cerebral/convulsiones ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceHipertensión ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceDiabetes ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceCardiopatía (por favor especifique) ☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceEnfermedad pulmonar (por favor especifique)☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceEnfermedad hepática (por favor especifique)☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceEnfermedad renal (por favor especifique)☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoceTrastorno inmunosupresor (por favor especifique)☐ No ☐ Sí ☐ Se desconoce |
| **Signos y síntomas concurrentes y afecciones de salud crónicas o de larga duración**☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce | **Fecha de inicio**(DD/MMM/AAAA) | **¿Cambio reciente en el estado de una enfermedad crónica (es decir, un empeoramiento o una mejora significativa; cambios en el tratamiento, etc.)? En caso afirmativo, describa.** |
|  |  |
|  | **……../……./……** |  ☐ Sí ☐ No |
|  | **……../……./……** | ☐ Sí ☐ No |
|  | **……../……./……** |  ☐ Sí ☐ No |
|  | **……../……./……** | ☐ Sí ☐ No |
|  | **……../……./……** |  ☐ Sí ☐ No |

|  |
| --- |
| **Medicamentos de prescripción o sin receta, suplementos alimenticios o remedios herbolarios consumidos antes, o al momento de la vacunación y después del ESAVI / preocupación de seguridad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ☐ Ninguno ☐ Desconocido |  |
| Nombre del producto: | Formulación/ Frecuencia | Vía de admin. | Indicación de uso | Fecha de inicio (DD/MMM/AAAA) | ¿Continúa? | Si ya no lo toma, fecha de término: |
|  |  |  |  |  / /  | * Sí ☐ No
 |  / /  |
|  |  |  |  |  / /  | * Sí ☐ No
 |  / /  |
|  |  |  |  |  / /  | * Sí ☐ No
 |  / /  |
| **OTRAS VACUNAS ADMINISTRADAS EL MISMO DÍA QUE LA VACUNA Convidecia** |
| Vacuna (tipo/marca) | Fabricante | No. de Lote | Vía de admin. | Sitio de inyección | No. de dosis en series |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **HISTORIA PREVIA DE INMUNIZACIÓN** |
| Vacuna (tipo/marca) | Fabricante | No. de lote | Vía de admin. | Sitio de inyección | No. de dosis en series | Fecha de administración (dd/mmm/aaaa) |
|  |  |  |  |  |  |  / /  |
|  |  |  |  |  |  |  / /  |
|  |  |  |  |  |  |  / /  |
| **INFORMACIÓN DEL ESAVI O PREOCUPACIÓN DE SEGURIDAD** |
|  | **Indique cuáles de los siguientes signos y síntomas fueron experimentados por el** | **Tratamiento** |
|  | **paciente** |  |
| **Diagnóstico de la reacción** | Prurito ☐ Indique si fue: Generalizado ☐ Local ☐ |  |
| **Reportada**Reacción de hipersensibili-dad ☐ Reacción Anafiláctica ☐ Reacción anafilactoide ☐ Choqueanafiláctico ☐ | Urticaria ☐ Indique si fue: Generalizado ☐ Local ☐Enrojecimiento/eritema ☐ Indique si fue**:**  Generalizado ☐ Local ☐ Hinchazón☐ Indique si fue: Generalizado ☐ Local ☐Inflamación de las vías respiratorias superiores (labio, lengua, garganta, úvula o laringe) ☐ Indique cuál:Inflamación de articulaciones ☐ Indique si fue: Generalizado ☐ Local ☐Endurecimiento (En el lugar de la inyección) ☐ Indique si fue: Generalizado ☐ Local ☐Broncoespasmo o sibilancia☐ Indique: Unilateral ☐ Bilateral ☐ Nausea o vómito ☐Celulitis ☐Angioedema ☐ Diarrea ☐Ojos rojos y comezón en ojos ☐ Tos ☐Taquipnea ☐ Dificultad para respirar ☐ | **¿Recibió tratamiento?*** No ☐ Desconocido ☐ Sí

Describa el tratamiento: **Adrenalina** ☐**Antihistamínicos** ☐* Oral (enliste):
* Inyectable (enliste):

**Esteroides** ☐* Oral (enliste):
* Inyectable (enliste):
 |
| Otro (especifique): | Sensación de garganta cerrada ☐ Dificultad para tragar ☐ | **Oxígeno** ☐ |
|  | Sensación de calor ☐ Enrojecimiento ☐Escalofríos / rigores ☐ | **Otro** (describa): |
|  | Alteración del gusto ☐ Anosmia ☐ Ageusia ☐ Hiposmia ☐ Hipogeusia ☐ Disgeusia ☐ |  |
|  | Disminución del nivel de conciencia ☐ Taquicardia ☐Arritmia ☐ Síncope ☐Entumecimiento ☐ Hipoestesia ☐Disfunción gastrointestinal ☐ Pérdida del apetito ☐Dolor orofaríngeo ☐ Mareo ☐Fatiga ☐ Somnolencia ☐Otros ☐ (Por favor especifique) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora del inicio y término del ESAVI o preocupación de seguridad:**(DD/MMM/AAAA); am / pm | **¿Cuánto duró el evento?**/ / DD/ MMM / AAAA: ☐ am ☐pm : ☐ am ☐pm¿Cuánto duró el evento? | **Primer observación (describa):****Describa los signos vitales del paciente:**Hipotensión – lectura de la presión arterial: (Valor), (Unidades) Fiebre – lectura de temperatura corporal: (Valor), (Unidades) Rash (describa): Cualquier otro síntoma (describa):  |
| **¿El evento causó que el paciente buscara atención médica?** | **¿El paciente fue hospitalizado?**☐ No ☐ Sí (seleccione)* Consultorio/Visita a urgencias
* Sala de urgencias
* Admisión hospital
* Fechas de hospitalización de:

 / / a / / DD/ MMM / AAAA | **Resultados de laboratorio:****Fecha de toma de labs** / / DD/MMM/AAAA**Hora de la toma de laboratorio** ☐ am ☐ pm**Seleccione todas las opciones que apliquen:** **Triptasa de mastocitos** ☐ \_\_\_\_\_\_\_ (Valor), \_\_\_\_\_\_\_\_ (Unidades)**IgE** ☐ (Valor), (Unidades) **Complemento** ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_ (Valor), (Unidades) **Rangos de referencia del laboratorio:** |  |
| **¿El ESAVI fue probablemente causado por Convidecia?** | * No
* Sí
* Desconocido
 | **Hallazgos de patología****Fecha\_\_\_\_**/ / DD/ MMM / AAAA **Hora** ☐ am ☐ pm |  |
| **¿Hubo otras potenciales causas, diferentes a la vacuna Convidecia?** | * Si - Especifique:
* No
* Desconocido
 |
| **Desenlace del evento:** | * Recuperado

Fecha de recuperación: / / * Recuperado con secuelas

Fecha de recuperación: / / Secuelas: * Continúa /No se ha recuperado
* Se desconoce
* El evento resultó en la muerte

Fecha de muerte: / / Causa de la muerte: Autopsia: ☐ Sí ☐ No |

|  |
| --- |
| **Describa los eventos adversos, incluidos los signos / síntomas, el curso clínico y los tratamientos con fechas / plazos que incluyan exposiciones distintas a la inmunización 24 h antes y después de la inmunización (p. ej., alimentos, factores medio-ambientales). *Use páginas adicionales o adjunte registros, si es necesario.*** |
| * Se anexan registros o notas adicionales
 |
|  Llenado por: Fecha: / / (DD/MMM/AAAA) |

Información detallada de la prueba diagnóstica de SARS-CoV2 realizada: Se desconoce ☐ No realizada ☐

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de la prueba DD/MMM/AAAA** | **Toma de muestra (nasofaríngea,****saliva, suero, etc)** | **Tipo de prueba (RT-PCR, rápida de antígeno, IgG,****IgM)** | **Resultados cuantitativos** | **Resultados titulados/ Cualitativos****si aplica** |
|  |  |  | * Positivo-detectado
* Negativo-no detectado
 |  |
|  |  |  | * Positivo-detectado
* Negativo-no detectado
 |  |
|  |  |  | * Positivo-detectado
* Negativo-no detectado
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿El paciente ha sido tratado con medicamentos inmunomoduladores o inmunosupresores o ha recibido alguna otra vacuna alrededor del momento de la vacunación COVID-19? | * No
* Sí , especifique:
 | **Fecha(s):** |

\*\*\*\*

¿El paciente tenía alguna de las siguientes condiciones médicas de alto riesgo antes del diagnóstico de COVID-19?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condición** |  | **En caso positivo, especifique:** |
| **Enfermedad cardiovascular** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio: Diagnósticos: |
| **Condiciones crónicas respiratorias** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio: Diagnósticos: |
| **Diabetes** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio: Diagnósticos: |
| **Cáncer** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio: Diagnósticos: |
| **HIV/SIDA** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio:  |
| **Otras condiciones de inmunodeficiencia****/ medicamentos inmunosupresores** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio: Diagnósticos/inicio: |
| **Condiciones relacionadas con el hígado** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio: Diagnósticos: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obesidad (IMC ≥ 30)** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio:IMC más reciente, si se conoce: |
| **Otras – especifique:** | * No
* Sí
 | Fecha inicio:Diagnósticos: |

¿Alguna de las condiciones anteriores empeoró durante la enfermedad por COVID-19? ☐ No ☐ Sí, describa:

Complete la siguiente tabla con respecto a los signos vitales del paciente en cualquier visita a la clínica asistida por un médico y / o durante la hospitalización:

|  |  |
| --- | --- |
| **¿El paciente tuvo alguna medida en reposo de:** | **En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:** |
| **¿Frecuencia respiratoria ≥ 30 por minuto?** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio:Rango de frecuencia respiratoria: | Fecha de término: |
| **¿Una frecuencia cardiaca de ≥ 125 latidos por minuto?** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio:Rango de la frecuencia cardiaca: | Fecha de término: |
| **¿Una saturación de oxígeno de ≤ 93% en aire ambiental?** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio:Rango de la saturación de oxígeno: | Fecha de término: |
| **¿Una presión sistólica de < 90 mmHg o presión diastólica de < 60 mmHg?** | * No
* Sí
 | Fecha de inicio:Rango de presión arterial: | Fecha de término: |

\*\*\*\*

Indique si el paciente ha experimentado síntomas de COVID-19 de los citados en la siguiente tabla:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fiebre** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ Temperatura máxima: ☐Fahrenheit ☐Celsius |
| **Escalofríos** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Dificultad para respirar**  | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Tos** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Dolor muscular** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Cefalea** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Náusea/vómito** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Diarrea** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Congestión nasal/****rinorrea** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Pérdida del gusto** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Pérdida de olfato** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |
| **Otro (especifique):** | * No ☐ Sí
 | Duración (# de días): ¿Continúa? ☐ |

\*\*\*

¿Tenía el paciente evidencia clínica y / o radiográfica de neumonía?

* No ☐ Sí – Proporcione los detalles con las fechas:

¿El paciente requirió oxígeno suplementario no invasivo?

* No ☐ Sí – Proporcione detalles:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Método de administración de oxígeno (nasal, cánula, mascarilla de alto flujo, etc.) | Frecuencia de liberación de oxígeno en L/h | Fecha de inicio | Fecha de término |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*\*\*\*

Proporcionar detalles del tratamiento dado para la infección por SARS-CoV-2:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tratamiento | Dosis/Frecuencia | Ruta | Fecha de inicio / Hora | Fecha de término/ Hora |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*\*\*\*

(Si el paciente fue hospitalizado)

¿El paciente requirió ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI)?

* No ☐ Sí – En caso afirmativo, proporcione fecha de admisión a la UCI y duración de la estancia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de transferencia/admisión a la UCI** | **Número de noches que pasó en la UCI** |
|  |  |

\*\*\*\*

(Si el paciente fue hospitalizado )

¿El paciente requirió tratamiento con vasopresores?

* No ☐ Sí – Proporcione detalles:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Dosis** | **Frecuencia** | **Ruta** | **Fecha de inicio dd/mmm/aaaa** | **Fecha de término dd/mmm/aaaa** | **Continúa** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 \*\*\*\*

Si el paciente fue hospitalizado

* ¿El paciente requirió soporte de ventilador respiratorio o ECMO?
* No ☐ Sí – Proporcione detalles:

| **¿Durante su enfermedad, ¿el paciente mostró signos o síntomas de disfunción nueva / empeoramiento en alguna de las siguientes categorías? \*\* *consulte las instrucciones adicionales a continuación para ver las respuestas "Sí":*** |
| --- |
| **¿Falla multiorgánica?** | * No
 | * Sí
 | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Alteración gastrointestinal?** Dolor abdominalDiarreaNáuseas Pérdida de apetitoDisfunción gastrointestinalVómito Otra – especificar: |  ffff ☐No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Alteración hepática aguda?**Insuficiencia hepática aguda Disfunción hepática Ictericia |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí |  |
| **¿Alteración renal aguda?**Lesión renal aguda Insuficiencia renal |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Alteración neurológica?**Nivel alterado de conciencia Accidente cerebrovascular Convulsiones / ataquesEncefalopatía Síndrome de Guillain Barré (GBS) Meningitis Mielitis Olor / Sabor (para anosmia, ageusia, hiposmia, hipogeusia y disgeusia) Otra especificar: |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Alteración respiratoria?** |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio: |
| Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) Insuficiencia respiratoria aguda Asma Broncoespasmo o sibilancias Tos Insuficiencia respiratoria Disnea Taquipnea Hipoxemia COVID-neumonía Otra especificar: | Fecha de término: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **¿Disfunción cardiovascular?**Infarto agudo de miocardio Arritmia Choque cardiogénico Insuficiencia cardiaca IM （Infarto de miocardio） Miocarditis (incluida pericarditis) STEMI (para infarto de miocardio con elevación del ST) Muerte súbita Síndrome de Takotsubo (miocardiopatía por estrés) |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **Musculoesquelético**Dolor en las articulaciones Inflamación de articulaciones |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Relacionado con el embarazo / posparto?**Amamantamiento Fetal Síndrome de HELLP Mortalidad |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Desórdenes hematológicos/vasculares?**Coagulopatía Accidente cerebrovascular Trombosis venosa profunda Coagulación intravascular diseminada Enfermedad hemorrágica Púrpura trombocitopénica idiopática Embolia pulmonar Tromboembolismo Trombocitopenia Trombosis Vasculitis Otros (en particular cualquier otro evento tromboembólico） |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |
| **¿Alteraciones dermatológicas?**Prurito （Sistémico） Picazón （lugar sin vacunación）Picazón （lugar de vacunación）Angioedema Lesiones similares a los sabañones Eritema multiforme Erupción Vasculitis cutánea de un solo órgano Urticaria Vasculitis Celulitis Induración （lugar de inyección）Hinchazón （lugar de inyección）Otro - especificar: |  ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí ☐ No ☐Sí | Fecha de inicio:Fecha de término: |

\*\*En caso de responder sí a alguna de las anteriores, describa el curso clínico y proporcione detalles como estudios de laboratorio / investigaciones diagnósticas de soporte (registros o notas médicas /puede anexar páginas adicionales, en caso de ser necesario):

Proporcione los siguientes datos de laboratorio:

| **Tipo de prueba/nombre** | **¿Completa?** | **En caso positivo, fecha de recolección con los resultados incluyendo unidades y rangos de referencia (los registros pueden anexarse, de ser necesario):** |
| --- | --- | --- |
| **Estudios de diagnóstico** |
| Prueba de SARS-CoV-2 mediante PCR u otro ensayo comercial o de salud pública | * Sí
* No
* Desconocido
 | Fecha(s):Resultados:  |
| Imágenes para la neumonía por COVID (p. Ej., Radiografía de tórax, tomografía computarizada) | * Sí
* No
* Desconocido
 | Fecha(s):Resultados:  |
| Otras investigaciones radiológicas (por ejemplo, resonancia magnética, angiografía, exploración V / Q) | * Sí
* No
* Desconocido
 | Fecha(s):Resultados:  |
| Imágenes para eventos tromboembólicos (p. Ej., Doppler o TC) | * Sí
* No
* Desconocido
 | Fecha(s):Resultados:  |
| Hematología (por ejemplo, recuento de leucocitos [incluidos recuentos de neutrófilos y linfocitos (es decir, recuentos de CD4, CD8)], hemoglobina, recuento de plaquetas, parámetros de coagulación [PT, PTT, Dímero-D, INR], fibrinógeno, ensayos de función de las células B y T) | * Sí
* No
* Desconocido
 | Especificar:Fecha(s):Resultados con unidades: Rango normal: |
| Química clínica (por ejemplo, creatinina sérica, tasa de filtración glomerular [TFG], enzimas hepáticas, bilirrubina, albúmina, péptido natriurético de tipo B [BNP], troponina) ALT, AST, ALP | * Sí
* No
* Desconocido
 | Especificar:Fecha(s):Resultados con unidades: Rango normal: |
| Marcadores inflamatorios (p. Ej., PCR, VSG, procalcitonina, ferritina, LDH, citocinas [incluida IL-6])  | * Sí
* No
* Desconocido
 | Especificar:Fecha(s):Resultados con unidades: Rango normal: |
| Análisis de orina | * Sí
* No
* Desconocido
 | Especificar:Fecha(s):Resultados con unidades: Rango normal: |
| Evidencia de hipoxemia (p. Ej., PaO2 / FiO2 [relación P / F], SpO2 / FiO2 [relación S / F]), hipercapnia (PaCO2) o acidosis (pH) | * Sí
* No
* Desconocido
 | Especificar:Fecha(s):Resultados con unidades: Rango normal: |
| Otras pruebas relevantes (especificar): | * Sí
* No
* Desconocido
 | Especificar:Fecha(s):Resultados con unidades: Rango normal: |
| Histopatología/ inmunopatología de órganos involucrados | * Sí
* No
* Desconocido
 | Fecha(s): Resultados: |
| Diagnóstico de imagen (Resonancia Magnética, Tomografía computada, Ultrasonido, doppler, etc.) | * Sí
* No
* Desconocido
 | Estudio | Fecha | Resultado |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Otros resultados relevantes | * Sí
* No
* Desconocido
 | Estudio | Fecha | Resultado/unidades | Rango Normal |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |