



FORMATO 1. COVID-19 NOTIFICACIÓN CASO DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Por favor, complete el formulario para TODOS LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS con sospecha o infección de COVID-19

Por favor, complételo de forma electrónica o a mano y escanee y envíelo por mail a covid_hd_mexico@hotmail.com. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55-5487-0900 Ext. 5604 de lunes a viernes de 8 am a 15 h.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Edad	Índice de masa corporal
Comorbilidades	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Neumopatía
Esquema de Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> 1/semana <input type="checkbox"/> 2/semana <input type="checkbox"/> 3/semana			
Tratamiento previo	<input type="checkbox"/> IECAs <input type="checkbox"/> ARA2			
Ciudad				
INFORMACIÓN DE LA INFECCIÓN				
Fecha de inicio de datos clínicos				
¿Se le ha realizado tamizaje para COVID-19? <input type="checkbox"/> Sospechado/no tamizado <input type="checkbox"/> Confirmado				
Fecha de prueba confirmatoria				
___/___/___				
Síntomas que presentó				
Tos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Disnea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Pérdida de olfato <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Faringodinia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Otros (especificar)				



INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO			
Requirió Hospitalización		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Si la respuesta es afirmativa, fecha de ingreso			
Ingreso en UCI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intubación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Terapia anti SARS-CoV-2			
<input type="checkbox"/> Hidroxicloroquina			
<input type="checkbox"/> Cloroquina			
<input type="checkbox"/> Lopinavir-ritonavir			
<input type="checkbox"/> Corticoides			
<input type="checkbox"/> Interferón			
<input type="checkbox"/> Tocilizumab			
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE			
Distrés respiratorio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Falla multiorgánica		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Shock séptico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Desenlace del paciente			
Alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Fallecido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Si la respuesta es afirmativa ¿Fue resultado del COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			

MANEJO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DURANTE LA INFECCIÓN	
Se aisló el paciente en cuarto separado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se puso al paciente en un turno de solo pacientes COVID-19 positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Días que permaneció el paciente aislado	
Otra medida de aislamiento (especifique):	