

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL PARA LA COVID-19

HERRAMIENTA DE OBTENCIÓN DE DATOS PARA LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

DISEÑO DE ESTE CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)

Este CRD está formado por módulos para la recopilación de datos para la base de datos de ISARIC_nCov Core o para estudios independientes.

El **módulo 1** y el **módulo 2** deberán completarse el primer día de presentación o ingreso, o durante el primer día de evaluación de COVID-19.

El **módulo 2** también se deberá completar el primer día de ingreso en la UCI o unidad de cuidados intermedios. Este módulo deberá completarse a diario durante todos los días que permitan los recursos disponibles y hasta un máximo de 14 días. Continúe con el seguimiento de los pacientes que se trasladan de una unidad o planta a otra.

El **módulo 3** (desenlace) deberá completarse en el momento del alta o fallecimiento.

DIRECTRICES GENERALES

- El CRD se ha diseñado para recopilar datos obtenidos mediante exploración, anamnesis y revisión de las notas hospitalarias. Los datos pueden recopilarse de forma prospectiva o retrospectiva si el paciente inicia su participación después de la fecha de admisión.
- Los números de identificación de participante están formados por un código de centro de 5 dígitos y un número de participante de 4 dígitos.
Puede obtener un código de centro y registrarse en el sistema de gestión de datos poniéndose en contacto con ncov@isaric.org. Los números de los participantes se asignarán de forma secuencial para cada centro, empezando por 0001. En el caso de los centros que incluyen participantes de distintos departamentos o unidades, o en caso de que fuera difícil asignar números secuenciales, se acepta la asignación de números en bloques o la incorporación de letras. P. ej., el departamento X asignará números de 0001 o A001 en adelante y el departamento Y asignará números del 5001 o del B001 en adelante. Introduzca el número de identificación de participante en la parte superior de cada página.
- Los CRD en papel impreso pueden usarse para después transferir los datos a la base de datos electrónica.
- Para los participantes que vuelven para volver a ser ingresados en el mismo centro, **empiece un nuevo cuaderno con el mismo número de identificación del participante**. Marque «Sí, ingresado anteriormente» en el apartado INICIO e INGRESO. Introduzca los datos como 2 entradas separadas en la base de datos.
- Para los participantes que hayan sido trasladados de un centro a otro y ambos centros utilizan este cuaderno para recopilar datos, es preferible que los datos se introduzcan usando el mismo nombre de centro y un único ingreso, con el mismo número de participación del participante. Si no fuera posible, el primer centro deberá indicar que el paciente ha sido «trasladado a otro centro» en el apartado DESENLACE, y el segundo centro deberá usar un nuevo cuaderno con un nuevo número de paciente e indicar «Sí: trasladado» en el apartado INICIO e INGRESO.
- Complete todos los ítems de todos los apartados, excepto en los casos en que las instrucciones digan que puede saltarse un apartado basándose en una respuesta.
- Los ítems con casillas () corresponden a respuestas únicas (seleccione solo una respuesta). Los ítems con círculos () corresponden a respuestas múltiples (seleccione todas las respuestas que correspondan).
- Marque «No hecho» cuando haya resultados o valores de laboratorio que no estén disponibles, no correspondan o se desconozcan.
- Evite registrar datos fuera de las áreas dedicadas. Existen apartados disponibles para registrar información adicional.
- Si utiliza el CRD en papel, le recomendamos que escriba con claridad y con bolígrafo, utilizando letras MAYÚSCULAS.
- Escriba una (X) para seleccionar la respuesta correspondiente. Para hacer correcciones, tache (-----) los datos que desea borrar y escriba los datos correctos por encima. Ponga sus iniciales y fecha en todas las correcciones.
- Mantenga juntas todas las hojas correspondientes a un mismo participante, utilice por ejemplo una grapa o una carpeta de participante individual.
- Transfiera todos los datos del CRD en papel a la base de datos electrónica. Todos los CRD deben guardarse localmente. No nos envíe ningún cuaderno. Los datos solo se aceptan a través de la base de datos electrónica segura.
- Introduzca los datos en el sistema electrónico de recopilación de datos en <https://ncov.medsci.ox.ac.uk/>. Si su centro quiere recopilar datos de forma independiente, estaremos encantados de respaldar el establecimiento de bases de datos locales.
- Póngase en contacto con nosotros en la dirección ncov@isaric.org si necesita nuestra ayuda con las bases de datos, si tiene algún comentario o para hacernos saber que está utilizando los cuadernos.

MÓDULO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA PRESENTACIÓN/INGRESO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CLÍNICOS

Infección por nuevo coronavirus (COVID-19) probable o probada: SÍ NO

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del centro médico: _____ País: _____

Fecha de inicio de participación / fecha de la primera evaluación de la COVID-19: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Grupo étnico (marque todas las respuestas que correspondan): Árabe Negro Este de Asia Sur de Asia Oeste de Asia Latinoamérica Blanco

Aborigen/Primeras Naciones Otro: _____ No sabe

¿Trabaja como personal sanitario? SÍ NO No sabe ¿Trabaja en un laboratorio de microbiología? SÍ NO No sabe

Sexo biológico: Varón Mujer No especificado/Se desconoce Edad [_] [_] [_] años O [_] [_] meses

¿Embarazo? SÍ NO No sabe Si la respuesta es SÍ: valoración de las semanas de gestación: [_] [_] semanas

¿EN POSPARTO? SÍ NO No sabe (en caso negativo, omitir este apartado)

Desenlace del embarazo: Nacido vivo Nacido muerto Fecha del parto: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] [_] [_]

¿Se ha hecho la prueba de COVID-19/SARS-CoV-2 al recién nacido? SÍ NO No sabe

Si la respuesta es SÍ, indique el resultado: Positivo Negativo No sabe (si fuera positivo, rellene un CRD separado para el recién nacido)

NIÑO: ¿menos de 1 año? SÍ NO (en caso negativo, omitir este apartado)

Peso al nacer: [_] [_] [_] kg o libras No sabe

Desenlace de la gestación: Nacido a término (≥ 37 semanas de EG) Prematuro (< 37 semanas de EG) No sabe

¿Amamantado? SÍ-amamantado actualmente SÍ-dejó de amamantar NO No sabe

¿Vacunaciones correspondientes al país o edad? SÍ NO No sabe

INICIO Y ADMISIÓN

Fecha de inicio del primer síntoma o del más temprano: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Fecha más reciente de presentación o ingreso en este centro: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] [_] [_]

¿El paciente había ingresado anteriormente o había sido trasladado desde otro centro durante este episodio de enfermedad?

SÍ-ingresado anteriormente SÍ-trasladado desde otro centro NO No sabe

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL MOMENTO DE INGRESO HOSPITALARIO (primeros datos disponibles el día de presentación/ingreso, en 24 horas)

Temperatura: [_] [_] [_] [_] °C o °F

FC: [_] [_] [_] latidos por minuto

FR: [_] [_] respiraciones por minuto

Tensión sistólica: [_] [_] [_] mmHg Tensión diastólica: [_] [_] [_] mmHg

Saturación de oxígeno: [_] [_] [_] % Aire ambiente Oxigenoterapia No sabe

Tiempo de llenado capilar external > 2 segundos. SÍ NO No sabe Estatura: [_] [_] [_] cm Peso: [_] [_] [_] kg

MÓDULO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA PRESENTACIÓN/INGRESO

SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESAR			
Historial de fiebre	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Fatiga/malestar	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Tos	<input type="radio"/> SÍ-sin esputo	<input type="radio"/> SÍ-con esputo	Anorexia
	<input type="radio"/> SÍ-con hemoptisis	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Estado de conciencia alterado/confusión
Dolor de garganta	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Dolor muscular (mialgia)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Goteo nasal (rinorrea)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Dolor articular (artralgia)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Sibilancias	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Incapaz de andar	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Falta de aliento	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Dolor abdominal	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Tiraje	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Diarrea	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Dolor torácico	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Vómitos / náuseas	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Conjuntivitis	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Erupción cutánea	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Linfoadenopatía	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Sangrado (hemorragia)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Cefalea	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Si hay sangrado, especificar sitio o sitios:	
Pérdida del olfato (anosmia)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Otros síntomas	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Pérdida del gusto (ageusia)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Si la respuesta es SÍ, especificar:	
Convulsiones	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe		

MEDICAMENTOS PREVIOS AL INGRESO (utilizados en los 14 días antes del ingreso o presentación en el centro médico)	
¿Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
¿Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
¿Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Corticoesteroides orales	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:
Otros agentes inmunosupresores (aparte de los corticoesteroides orales)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:
Antivirales	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:
Antibióticos	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:
Otros medicamentos para la COVID-19	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:

COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO (enfermedades existentes antes del ingreso y aún presentes)			
Enfermedad cardíaca crónica (no incluye hipertensión)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Enfermedad hemática crónica	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Hipertensión	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	SIDA / VIH	<input type="radio"/> SÍ-con TAR <input type="radio"/> SÍ-sin TAR <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Enfermedad pulmonar crónica (no incluye asma)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Diabetes Mellitus	<input type="radio"/> SÍ-tipo 1 <input type="radio"/> SÍ -tipo 2 <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Asma (diagnosticado por un médico)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Trastorno reumático	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Enfermedad renal crónica	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Demencia	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Obesidad (definida por el personal médico)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Tuberculosis	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Enfermedad hepática moderada o grave	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Desnutrición	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Enfermedad hepática leve	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Fumador/a	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> Nunca ha fumado <input type="radio"/> Exfumador <input type="radio"/> No sabe
Asplenia	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Otros factores de riesgo relevantes	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Trastorno neurológico crónico	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Si la respuesta es SÍ, especificar:	
Neoplasia maligna	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe		

MÓDULO 2: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DIARIO

A rellenar el primer día de ingreso o en la primera evaluación relacionada con la COVID-19, también el primer día de ingreso en la UCI (si difiere del día de ingreso en el hospital). Rellenar también a diario, dependiendo de los recursos disponibles, durante un máximo de 14 días o los días que se reciban nuevos resultados de laboratorio.

SIGNOS Y SÍNTOMAS (registre el peor valor entre las 00:00 y las 24:00 el día de la evaluación)(peor valor = el más alejado del intervalo normal)

FECHA DE EVALUACIÓN (DD/MM/AAAA): [_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]

Temperatura: [][][] °C o [][][] °F **FC:** [][][][] latidos por min. **FR:** [][][][] respiraciones por min.

Tensión sistólica: [][][][] mmHg **Tensión diastólica:** [][][][] mmHg **Saturación de oxígeno SaO₂** [][][][]%

Oxígeno suplementario: FiO₂ (0,21-1,0) [][][][] o [][][][] % o [][][][] l/min

Tiempo de llenado capilar esternal >2 segundos Sí NO No sabe

AVPU: Alerta [][] Voz [][] Dolor [][] Sin respuesta [][] **Escala de coma de Glasgow (GCS / 15)** [][][]

El paciente recibe actualmente o ha recibido (entre las 00:00 y las 24:00 horas el día de la evaluación):

¿Oxigenoterapia por cánula nasal? Sí NO No sabe

¿Ventilación mecánica no invasiva? (De cualquier tipo) Sí NO No sabe

Si la respuesta es Sí: BIPAP CPAP Otra No sabe

¿Ventilación invasiva? Sí NO No sabe

¿Decúbito prono? Sí NO No sabe

¿Óxido nítrico inhalado? Sí NO No sabe

¿Traqueostomía insertada? Sí NO No sabe

¿Oxigenación por membrana extracorporea (OMEC/ECMO)? Sí NO No sabe

Si la respuesta es Sí: OVV OVA Central No sabe

¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? Sí NO No sabe

¿Asistencia con vasopresores/inotrópicos? Sí NO No sabe (si la respuesta es NO, seleccione NO en las 3 preguntas siguientes)

Dopamina <5 µg/kg/min o dobutamina o milrinona o levosimendán: Sí NO

Dopamina 5-15 µg/kg/min o epinefrina/norepinefrina <0,1 µg/kg/min o vasopresina o fenilefrina: Sí NO

Dopamina >15 µg/kg/min o epinefrina/norepinefrina >0,1 µg/kg/min: Sí NO

¿Agentes de bloqueo neuromuscular? Sí NO No sabe

¿Otras intervenciones o procedimientos? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, especificar: _____

¿Ingresado actualmente en la UCI/UCIN? Sí NO No sabe (Registre el peor valor obtenido el día de evaluación)

PaO₂ (en el momento más cercano a la FiO₂ registrada al principio de la página) [][][][] kPa o [][][][] mmHg No hecha

Tiempo de muestra para PaO₂: Arterial Capilar No sabe

Del mismo registro de gasimetría en sangre que la PaO₂:

PCO₂ _____ kPa o _____ mmHg | **pH** _____ | **HCO₃⁻** _____ mEq/l | **Exceso de base** _____ mmol/l

Escala de sedación-agitación de Richmond (RASS) [][] o **Escala de sedación-agitación de Riker (SAS)** [][] No sabe

Tensión arterial media [][][][] mmHg No sabe

Uroflujometría [][][][][][] ml/24 horas Marcar si es una estimación No sabe

MÓDULO 2: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DIARIO

A rellenar el primer día de ingreso o en la primera evaluación relacionada con la COVID-19, también el primer día de ingreso en la UCI (si difiere del día de ingreso en el hospital). Rellenar también a diario, dependiendo de los recursos disponibles, durante un máximo de 14 días o los días que se reciban nuevos resultados de laboratorio.

RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO (el día del ingreso, en cualquier ingreso en la UCI y a diario). Completar todas las entradas.

FECHA DE EVALUACIÓN (DD/MM/AAAA): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

Registrar el peor valor medido entre las 00:00 y las 24:00 horas el día de la evaluación (si no estuviera disponible, escriba «N/A»):

RESULTADOS DE LABORATORIO (*registre las unidades si son distintas a las indicadas)

Parámetro	Valor*	No hecho	Parámetro	Valor*	No hecho
Hemoglobina (g/l)		<input type="radio"/>	Urea (BUN) (mmol/l)		<input type="radio"/>
Cifra de leucocitos (x10 ⁹ /l)		<input type="radio"/>	Lactato (mmol/l)		<input type="radio"/>
Cifra de linfocitos (10 ⁹ /l)		<input type="radio"/>	Creatinina (µmol/l)		<input type="radio"/>
Cifra de neutrófilos (10 ⁹ /l)		<input type="radio"/>	Sodio (mmol/l)		<input type="radio"/>
Hematocrito (%)		<input type="radio"/>	Potasio (mmol/l)		<input type="radio"/>
Plaquetas (x10 ⁹ /l)		<input type="radio"/>	Procalcitonina (ng/ml)		<input type="radio"/>
TTPa (segundos)		<input type="radio"/>	Proteína C reactiva (mg/l)		<input type="radio"/>
INR		<input type="radio"/>	LDH (U/l)		<input type="radio"/>
TP (segundos)		<input type="radio"/>	Creatina quinasa (U/l)		<input type="radio"/>
INR		<input type="radio"/>	Troponina I (ng/ml)		<input type="radio"/>
ALT/SGPT (U/l)		<input type="radio"/>	Dímero-D (mg/l)		<input type="radio"/>
Bilirrubina total (µmol/l)		<input type="radio"/>	Ferritina (ng/ml)		<input type="radio"/>
AST/SGOT (U/l)		<input type="radio"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="radio"/>
Glucosa (mmol/l)		<input type="radio"/>			

MÓDULO 3: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS: DESENLACE
TRATAMIENTO: Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado en:

 ¿Algún tipo de oxigenoterapia? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días No sabe

 Volumen de flujo de O₂ máximo: <2 l/min 2-5 l/min. 6-10 l/min 11-15 l/min >15 l/min

 ¿Ventilación mecánica no invasiva? (cualquier tipo) Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días
 No sabe

 ¿Ventilación invasiva? (Cualquier tipo) Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días No sabe

 ¿Decúbito prono? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días No sabe

 ¿Óxido nítrico inhalado? Sí NO No sabe

 ¿Traqueostomía insertada? Sí NO No sabe

 ¿Oxigenación por membrana extracorporal? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días No sabe

 ¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? Sí NO No sabe

 ¿Inotropos/vasopresores? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días No sabe

 ¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, duración total: _____ días No sabe

 Si la respuesta es Sí, indique la fecha de ingreso en la UCI: [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] No sabe

 fecha de alta de la UCI: [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] No sabe

COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:

Neumonitis vírica/neumonitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Ictus/accidente cerebrovascular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Neumonía bacteriana	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Meningitis/encefalitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Bacteriemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Si la respuesta es Sí, especificar: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo <input type="radio"/> No sabe		Trastorno coagulatorio / CID	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Neumotórax	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Embolia pulmonar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Derrame pleural	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Neumonía organizada criptogénica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Rabdomiolisis / miositis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Bronquiolitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Lesión renal aguda/ fallo renal agudo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Parada cardíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Hemorragia gastrointestinal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Infarto miocárdico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Pancreatitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Isquemia cardíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Disfunción hepática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Arritmia cardíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Hiperglucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Miocarditis/pericarditis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe
Endocarditis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Otras	
Cardiomiopatía	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe	Si la respuesta es Sí, especificar:	
Insuficiencia cardíaca, congestiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe		
Crisis convulsiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe		

MÓDULO 3: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS: DESENLACE
DIAGNÓSTICO

 ¿El paciente ha recibido un diagnóstico clínico de COVID-19? SÍ NO No sabe

¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad?

 SÍ (completar apartado) NO No sabe

 Coronavirus: Positivo Negativo No hecho Si es positivo: COVID-2019/ SARS-CoV2 MERS CoV

 Otro CoV: _____ No sabe

 Gripe: Positivo Negativo No hecho Si es positivo: A/H3N2 A/H1N1pdm09 A/H7N9 A/H5N1 A-sin especificar B

 Otra: _____ No sabe

 VRS: Positivo Negativo No hecho

 Adenovirus: Positivo Negativo No hecho

 Bacteria: Positivo Negativo No hecho Si es positivo, especificar: _____ No sabe

 Otros patógenos detectados: SÍ NO No sabe Si la respuesta es SÍ, especificar todos: _____ No sabe

 ¿Neumonía clínica diagnosticada?: SÍ NO No sabe

 ¿Se han hecho pruebas de rayos X torácicas? SÍ NO No sabe Si la respuesta es SÍ: ¿se han observado infiltrados?

 SÍ NO No sabe

 ¿Se ha hecho un TAC? SÍ NO No sabe Si la respuesta es SÍ: ¿se han observado infiltrados? SÍ NO No sabe

Fecha de recogida de muestra (DD/MM/AAAA)	Tipo de muestra biológica	Método de prueba analítica	Resultado	Patógeno analizado/detectado
D _ D _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Muestra nasal/NF <input type="radio"/> Muestra faríngea <input type="radio"/> Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. <input type="radio"/> Esputo <input type="radio"/> Lavado broncoalveolar <input type="radio"/> Aspirado traqueal <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces/frotis rectal <input type="radio"/> Sangre <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Cultivo <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> No sabe	_____
D _ D _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Muestra nasal/NF <input type="radio"/> Muestra faríngea <input type="radio"/> Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. <input type="radio"/> Esputo <input type="radio"/> Lavado broncoalveolar <input type="radio"/> Aspirado traqueal <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces/frotis rectal <input type="radio"/> Sangre <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Cultivo <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> No sabe	_____
D _ D _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Muestra nasal/NF <input type="radio"/> Muestra faríngea <input type="radio"/> Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. <input type="radio"/> Esputo <input type="radio"/> Lavado broncoalveolar <input type="radio"/> Aspirado traqueal <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces/frotis rectal <input type="radio"/> Sangre <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Cultivo <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> No sabe	_____
D _ D _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Muestra nasal/NF <input type="radio"/> Muestra faríngea <input type="radio"/> Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. <input type="radio"/> Esputo <input type="radio"/> Lavado broncoalveolar <input type="radio"/> Aspirado traqueal <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces/frotis rectal <input type="radio"/> Sangre <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Cultivo <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> No sabe	_____
D _ D _ / M _ M _ / 20 _ A _ A _	<input type="radio"/> Muestra nasal/NF <input type="radio"/> Muestra faríngea <input type="radio"/> Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. <input type="radio"/> Esputo <input type="radio"/> Lavado broncoalveolar <input type="radio"/> Aspirado traqueal <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Heces/frotis rectal <input type="radio"/> Sangre <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Cultivo <input type="radio"/> Otro, especificar: _____	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> No sabe	_____

MÓDULO 3: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS: DESENLACE

MEDICAMENTOS: Durante el ingreso hospitalario o en el alta, ¿se le administró alguno de los tratamientos siguientes? (Ns = No sabe)

¿Agente antiviral o dirigido al COVID-19? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, especificar todos los agentes y la duración:

Ribavirina Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

Lopinavir/Ritonavir Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

Remdesivir Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

Interferón alfa Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

Interferón beta Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

Cloroquina/hidroxicloroquina Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

Otro _____ Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días No sabe

¿Antibióticos? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, especificar todos:

Agente: _____ Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días Ns

Agente: _____ Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días Ns

Agente: _____ Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duración: _____ días Ns

¿Corticoesteroides? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, vía: Oral Intravenosa (i.v.) Inhalada No sabe

Si la respuesta es Sí (oral o i.v.), indique el agente: _____ y dosis máx. diaria y unidad: _____

Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] No sabe Duración: _____ días No sabe

¿Heparina? Sí NO No sabe Si la respuesta es Sí, vía: Subcutánea Intravenosa (i.v.) No sabe

Si la respuesta es Sí: No fraccionada Bajo peso molecular Fondaparinux No sabe Dosis máx. diaria y unidad: _____

Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] No sabe Duración: _____ días No sabe

¿Antifúngicos? Sí NO No sabe

¿Otros tratamientos administrados para la COVID-19 incluidos los experimentales o de uso compasivo? Sí NO No sabe

Si la respuesta es Sí, especificar agente, dosis máx. diaria y duración:

Agente: _____ Dosis máx. diaria y unidad: _____ No sabe

Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] No sabe Duración: _____ días No sabe

Agente: _____ Dosis máx. diaria y unidad: _____ No sabe

Fecha de inicio [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] No sabe Duración: _____ días No sabe

DESENLACE

Desenlace: Alta Ingreso Traslado a otro centro Fallecimiento Alta paliativa No sabe

Fecha del desenlace: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] No sabe

Si se le dio el alta:

Capacidad para cuidar de sí mismo en comparación con su estado anterior a la enfermedad:

Igual que antes de la enfermedad Peor Mejor No sabe

Tratamiento tras el alta: ¿Oxigenoterapia? Sí NO No sabe