**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 | Femenino  Masculino | | Edad (años) | IMC (Kg/m2) |
| Comorbilidades | | DM  HTA  Cardiopatía isquémica  Neumopatía | | |
| Esquema de Hemodiálisis | | 1/semana  2/semana  3/semana | | |
| Tratamiento previo | | IECAs  ARA2 | | |
| Ciudad | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA INFECCIÓN** | | | | |
| Fecha de inicio de datos clínicos | | | /     / | |
| ¿Se le ha realizado tamizaje para COVID-19?  Sospechado/no tamizado  Confirmado | | | | |
| Fecha de prueba confirmatoria | | | /     / | |
| Síntomas que presentó durante la enfermedad | | | | |
| Tos | | | Sí  No | |
| Fiebre | | | Sí  No | |
| Disnea | | | Sí  No | |
| Diarrea | | | Sí  No | |
| Pérdida de olfato | | | Sí  No | |
| Fatiga | | | Sí  No | |
| Faringodinia | | | Sí  No | |
| Otros (especificar) | | |  | |

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

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