**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):       |