**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

**ESTUDIO COVIDPAP: Características clínicas de la COVID-19 desde la perspectiva de la pediatría de Atención Primaria.**

Se recomienda rellenar la encuesta a los 14 días de la prueba microbiológica positiva.

Datos de identificación:

1. **Código de PAPenRed**

Las dos iniciales de la comunidad en mayúsculas seguidas del número de orden, sin espacios (p. ej. MA99, no ponga ma 99 ni Ma99\_...). Si el número de orden es de sólo una cifra, añadir un 0 delante (p.ej. MA03): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datos del paciente:

1. **Código del paciente**:

Número de PAP en Red (en mayúsculas y sin espacio entre letras y número) seguido de un guión y del número de orden de introducción del paciente en el estudio (p. ej, primer paciente: 01): \_\_\_\_\_\_-\_\_ (p.ej. MA99-01)

1. **Edad del paciente (≤2 años):**

En menores o igual a dos años, indique por favor la edad en MESES (2 años= 24 meses): \_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Edad del paciente (> 2 años):**

En mayores de dos años, indique por favor la edad en AÑOS cumplidos (ejemplo, un paciente de 5 años y 3 meses, pondría 5 años): \_\_\_\_\_

1. **Sexo del paciente**

*Marca solo un círculo*

⃝ Masculino

⃝ Femenino

1. **¿Presenta algún factor de riesgo?**

Puede encontrar los FR considerados en el manual de instrucciones.

Si no presenta ningún FR, marque Ninguno.

*Selecciona todos los que corresponda*:

⃝ Ninguno

⃝ Inmunodepresión primaria o secundaria (excluyendo déficit de IgA)

⃝ Cardiopatía

⃝ Neumopatía crónica (incluyendo asma)

⃝ Obesidad (según definición OMS)

⃝ Otro

1. **Si ha marcado asma, ¿puede indicar de qué tipo?**

Según clasificación de la GEMA 5.0, en función del escalón de tratamiento que precise: Leve 1-2, Moderada 3-4, Grave 5-6

*Marca solo un círculo*

⃝ Asma leve

⃝ Asma moderada

⃝ Asma grave

1. **Fecha de realización de la prueba diagnóstica**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ejemplo: dd/mm/aaaa*

1. **¿Por qué se ha realizado la prueba diagnóstica?**

*Marca solo un círculo*

⃝ Síntomas compatibles/ Caso sospechoso

⃝ Contacto estrecho de un caso

⃝ Estudio epidemiológico

⃝ Cribado (por ejemplo: previo a ingreso hospitalario por otros motivos)

1. **En todos los casos de la pregunta anterior, ¿Se conoce el origen del contacto?**

⃝ No presenta contacto conocido

⃝ Contacto de conviviente

⃝ Contacto con cuidador/a o familiar no conviviente

⃝ Contacto en centro escolar (incluyendo guarderías, etc)

⃝ Contacto social (amigos, ocio, actividades extraescolares, deportivas, excluyendo ambiente escolar).

⃝ Otro contacto

1. **En caso de haber marcado “Otro”, ¿puede concretar su respuesta?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuál ha sido el test diagnóstico microbiológico utilizado?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No realizada | Positiva | Negativa | No concluyente /indeterminada |
| PCR | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Test rápido de antígenos | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Serología  sanguínea IgM | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Serología sanguínea IgG | ⃝ | ⃝ | ⃝ | ⃝ |

1. **¿Se ha realizado conjuntamente algún otro test diagnóstico microbiológico?**

Si no se ha hecho ninguna otra prueba, marque solamente el “Si” del “No se ha realizado ningún otro test” de la primera fila.

*Selecciona todos los que correspondan*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Si | Señale si positivo |
| No se ha realizado ningún otro test | ⃝ | ⃝ |
| Gripe (nasofaringe/ orofaringe) | ⃝ | *⃝* |
| VRS (nasofaringe/ orofaringe) | *⃝* | *⃝* |
| Adenovirus (nasofaringe/  orofaringe) | *⃝* | *⃝* |
| Rotavirus (heces) | *⃝* | *⃝* |
| Norovirus (heces) | *⃝* | *⃝* |
| Adenovirus  (heces) | *⃝* | *⃝* |
| TDRA: Test de diagnóstico  rápido antígeno estreptocócico | *⃝* | *⃝* |
| Otro | ⃝ | ⃝ |

1. **¿Cuántos días llevaba el paciente con síntomas antes de la realización de la prueba diagnóstica?**

Días en números enteros (0, 1, 2, 3…).

En caso de pacientes que consultan por síntomas en el mismo día ponga “0”.

En caso de asintomáticos ponga AS.

Si No se ha registrado el número de días ponga NR.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Qué síntomas o signos ha presentado?**

Puede encontrar las definiciones de cada síntoma/signo en el Protocolo del Proyecto. Marcar todos los síntomas/signos en cualquier momento durante el proceso. Si ha presentado ausencia total de síntomas puede marcar solo "sí" en ausencia de síntomas/asintomático y no marcar el resto. En caso de presentar algún síntoma, es importante marcar "no" o "no sé" en los que no se hayan presentado (permite distinguir si son datos que se han valorado o no).

*Marcar solo un círculo por fila.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | No sé /  No valorado |
| Ausencia de síntomas/ asintomático | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Tos | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Mucosidad/rinorrea | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Temperatura  > 37.5ºC | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Irritabilidad | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Mialgias | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Vómitos | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Diarrea | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Dolor abdominal | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Malestar general | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Cefalea | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Faringodinia/ odinofagia | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Anosmia /disgeusia | ⃝ | ⃝ | ⃝ |
| Lesiones cutáneas/ exantema | ⃝ | ⃝ | ⃝ |

1. **Si ha presentado lesiones cutáneas o exantema, ¿puede describirlo?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Si ha tenido temperatura >37.5ºC, intente aproximar el rango de temperatura.**

Si no ha presentado febrícula-fiebre, no es preciso que conteste a esta pregunta.

*Marca solo un círculo.*

⃝ Febrícula (<38ºC)

⃝ Fiebre bajo grado (38-39ºC)

⃝ Fiebre alto grado (>39ºC)

⃝ No se ha recogido el pico de temperatura.

Juicio clínico y evolución.

1. **¿Cuál fue el juicio clínico/sindrómico realizado al paciente?**

Puede encontrar las definiciones de cada cuadro en el Protocolo del Proyecto.

Puede elegir varios si es necesario.

*Selecciona todos los que correspondan.*

⃝ Asintomático

⃝ Catarro de vías altas

⃝ Cuadro pseudogripal (fiebre elevada, tos profusa, mialgias, malestar general…)

⃝ Crisis de asma en paciente asmático conocido (incluyendo asma del lactante)

⃝ Bronquitis en paciente sin asma previo

⃝ Bronquiolitis aguda

⃝ Neumonía atípica/viral

⃝ Neumonía típica

⃝ Faringitis/faringoamigdalitis

⃝ Laringitis

⃝ Fiebre sin foco

⃝ Gastroenteritis aguda

⃝ Exantema viral

⃝ Juicio clínico no identificado

⃝ Otro

1. **Duración de los síntomas en total del cuadro completo hasta la entrada de datos (en días).**

Días en números enteros (1,2, 3…). En caso de no haberse registrado la duración en días, indique NR. \_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuál ha sido la evolución del cuadro?**

*Marca solo un círculo:*

⃝ Alta / mejoría domiciliaria

⃝ Ingreso hospitalario (planta hospitalización)

⃝ Ingreso hospitalario (ingreso en cuidados intensivos)

⃝ Exitus

⃝ Persistencia de síntomas

⃝ Otro

1. **En caso de haber presentado síntomas más de 14 días, ¿puedes describirlos?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finalización del cuestionario:

1. Va a terminar este cuestionario. Antes de enviar, por favor, indique si lo desea, **otros comentarios y aclaraciones** que considere de interés.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vuelca los datos, por favor, en el siguiente link:

https://tinyurl.com/COVIDPAP