

HOJA DE REGISTRO COMPLEMENTARIA EPISODIO 1

DATOS DE CONTACTO

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE

EMAIL DEL MEDICO RESPONSABLE

DATOS EPISODIO

INFECCION COVID-19

CONFIRMADA SOSPECHA NO CONFIRMADA

FECHA DETECCION SARS-COV-2

¿CUAL ERA LA UBICACIÓN DEL PACIENTE PREVIA A LA INFECCIÓN?

- EN SU DOMICILIO
 INGRESADO EN EL HOSPITAL
 RESIDENCIA, INSTITUCIÓN SOCIO-SANITARIA, etc.

EN CASO DE NUEVO INGRESO

¿El ingreso del paciente fue debido a la infección COVID-19?

- Si
 No

¿DONDE SE TRATO INICIALMENTE LA INFECCIÓN?

- HOSPITAL/SERVICIO HEMATOLOGIA
 HOSPITAL/PLANTA COVID
 HOSPITAL/SERVICIO HEMATOLOGIA DISTINTO AL SUYO
 HOSPITAL/PLANTA COVID DISTINTO AL SUYO
 OTROS CENTROS DE ATENCION DE EMERGENCIA (H. de campaña, Hotel-Hospital, etc.)
 AMBULATORIA/DOMICILIO

¿DONDE SE TRATO PRINCIPALMENTE LA INFECCIÓN?

- HOSPITAL/SERVICIO HEMATOLOGIA
 HOSPITAL/PLANTA COVID
 HOSPITAL/SERVICIO HEMATOLOGIA DISTINTO AL SUYO
 HOSPITAL/PLANTA COVID DISTINTO AL SUYO
 OTROS CENTROS DE ATENCION DE EMERGENCIA (H. de campaña, Hotel-Hospital, etc.)
 AMBULATORIA/DOMICILIO

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica

Total neutrófilos absolutos ($\times 10^9/L$)

Total linfocitos absolutos ($\times 10^9/L$)

Total cifra de plaquetas absolutos ($\times 10^9/L$)

Cifra de creatinina (mg/dl)

((especificar unidades en caso de utilizar otras medidas))

Reactive C protein levels (mg/L)

Dimero D

((describir unidades))

IgG (mg/dl)

DATOS CLÍNICOS

EICR activa

((Sólo para pacientes alo-TPH))

- AGUDA
 CRÓNICA

EICR activa AGUDA GRADO

((Sólo para pacientes alo-TPH))

- I II III IV

Obliterant bronchiolitis syndrome antes del episodio
(Sólo para pacientes alo-TPH)

SI NO UNKNOWN

Otras enfermedades pulmonares previas al episodio (EPOC, fibrosis, IFI, etc)

SI
 NO

Describir enfermedades pulmonares previas al episodio

¿Hubo toma de fármacos inmunosupresores?

(SOLO PARA PACIENTES TPH)

Si
 No

Inmunosupresor 1

(Describir todos los inmunosupresores en el momento de SARS-COV-2)

Inmunosupresor 2

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

Inmunosupresor 3

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

Inmunosupresor 4

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

Inmunosupresor 5

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

USO DE CORTICOIDES

Corticoides

 SI NO UNKNOWN

Corticoides

-
- Prednisona
-
-
- Metilprednisolona
-
-
- Dexametasona
-
-
- Unknown

Corticoides dosis

((mg/d))

Soporte con inmunoglobulinas durante el episodio SARS-COV-2

 SI NO UNKNOWN**SIGNOS/SÍNTOMAS EN EL MOMENTO DEL MUESTREO SARS-COV-2**

Asintomático

 SI NO UNKNOWN

Fecha de inicio de síntomas respiratorios

Fiebre
((temperatura > 37.8°C)) SI NO UNKNOWN

Rinorrea/congestion nasal

 SI NO UNKNOWN

Sinusitis

 SI NO UNKNOWN

Otitis

 SI NO UNKNOWN

Faringitis/amigdalitis

 SI NO UNKNOWN

Tos

SI NO UNKNOWN

Fatiga

SI NO UNKNOWN

Mialgias o artralgias

SI NO UNKNOWN

Diarrea

SI NO UNKNOWN

Vómitos

SI NO UNKNOWN

Requiere oxígeno para mantener sat O2 >92%

SI NO UNKNOWN

¿Se solicitó Ingreso en unidad de cuidados intensivos?

SI NO UNKNOWN

¿Ingreso en unidad de cuidados intensivos?

SI NO UNKNOWN

¿Especificar motivo no ingreso UCI?

Fecha ingreso en unidad de cuidados intensivos

Nº de días de ingreso en unidad de cuidados intensivos

DATOS MICROBIOLÓGICOS

Tipo de PCR (comercial PCR data) para SARS-COV-2 y para virus resp de la comunidad. Describe nombre comercial

Fecha de realización de la PCR

Virus detectados en muestras de vías respiratorias altas (marcar todos los tipos y subtipos detectados en la misma muestra/episodio)

SARS-COV-2

SI NO NOT TESTED

Coronavirus 229E

SI NO NOT TESTED

Coronavirus HKU1

SI NO NOT TESTED

Coronavirus NL63

SI NO NOT TESTED

Coronavirus OC43

SI NO NOT TESTED

Influenza A

SI NO NOT TESTED

Influenza A. Especificar subtipo /no-tipificable

Influenza B

SI NO NOT TESTED

Human metapneumovirus A and B or non subtypable

SI NO NOT TESTED

Human parainfluenza virus 1

SI NO NOT TESTED

Human parainfluenza virus 2

SI NO NOT TESTED

Human parainfluenza virus 3

SI NO NOT TESTED

Human parainfluenza virus and 4A-4B

SI NO NOT TESTED

Respiratory syncytial virus A

SI NO NOT TESTED

Respiratory syncytial virus B

SI NO NOT TESTED

Enterovirus

SI NO NOT TESTED

Rhinovirus

SI NO NOT TESTED

Enterovirus/rhinovirus (EvRh)

SI NO NOT TESTED

Adenovirus

SI NO NOT TESTED

Human Bocavirus

SI NO NOT TESTED

Otros (describir)

Lavado Bronchoalveolar

SI NO UNKNOWN

Fecha de BAL

Hallazgos en BAL

Bacterias (describir todos los hallazgos de bacterias con especie y género)

Virus (describir todos los hallazgos de virus, incluidos CMV y otros)

Hongos incluir Pcj (describir todos los hallazgos de hongos incluyendo valores de GMN)

Co-infección (marcar en función de los hallazgos microbiológicos, se permiten múltiples opciones)

- NO
 VIRUS-VIRUS
 VIRUS-BACTERIA
 VIRUS-FUNGUS

Excreción de SARS-COV-2 ¿Se ha objetivado negativización de SARS-COV-2 en muestras respiratorias al finalizar el episodio?

- SI NO UNKNOWN NOT TESTED

Fecha en la que se ha objetivado negativización de SARS-COV-2 en muestras respiratorias al finalizar el episodio

DATOS DE TRATAMIENTO DE SARS-COV-2.

**Fármacos utilizados (antivirales, antibióticos, inhibidores de IL6 u otros fármacos de apoyo).
Describir nombre, dosis, fecha inicio y fecha fin.**

Tratamiento con ANTIVIRALES

- Si
 No

ANTIVIRAL 1

ANTIVIRAL 2

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

ANTIVIRAL 3

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

ANTIVIRAL 4

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

ANTIVIRAL 5

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

Tratamiento con ANTIBIÓTICOS

- Si
 No

ANTIBIÓTICO 1

ANTIBIÓTICO 2

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

ANTIBIÓTICO 3

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

ANTIBIÓTICO 4

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

ANTIBIÓTICO 5

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

Tratamiento con INHIBIDORES DE IL6 U OTROS FÁRMACOS DE APOYO

- Si
 No

INHIBIDORES DE IL6 U OTROS FÁRMACOS DE APOYO 1

INHIBIDORES DE IL6 U OTROS FÁRMACOS DE APOYO 2

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

INHIBIDORES DE IL6 U OTROS FÁRMACOS DE APOYO 3

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

INHIBIDORES DE IL6 U OTROS FÁRMACOS DE APOYO 4

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

INHIBIDORES DE IL6 U OTROS FÁRMACOS DE APOYO 5

(Si no hay mas farmacos dejar en blanco y seguir el formulario)

DATOS CLÍNICOS Y RESULTADO FINAL

Hallazgos/alteraciones radiológicas

SI NO UNKNOWN

Fecha de hallazgos/alteraciones radiológicas

Describa el tipo de radiología y el patrón pulmonar

Infección respiratoria de vías altas (i.e. rinorrea, sinusitis, otitis, or pharyngitis y detección de SARS-COV-2 en vías altas)

SI NO UNKNOWN

Infección respiratoria de vías bajas

- NO
- POSIBLE: detection of a HCoV in the upper respiratory tract with clinical symptoms of tracheitis, bronchitis, bronchiolitis, or pneumonia (new onset of cough, rales, wheezing, cough related chest pain, shortness of breath, dyspnea, or hypoxia) in conjunction with the identification of new pulmonary infiltrates by chest X-ray or thoracic CT scan.
- PROBABLE: detection of a HCoV in the lower respiratory tract without radiological pulmonary infiltrates.
- CONFIRMADA: detection of a HCoV in the lower respiratory tract with radiological pulmonary infiltrates.
-

Resolución de COVID-19

SI NO UNKNOWN

Fecha resolución de COVID-19

Estado final

- VIVO MUERTO UNKNOWN

Fecha estado final

Causa de muerte (describe several cause/s of death)

- COVID19 (Respiratory failure)
 GvHD
 RELAPSE
 OTHERS

Describa otras causas de muerte

COMENTARIOS ADICIONALES QUE SE CONSIDEREN RELEVANTES
