

Estudio Internacional
Detección de SARS-CoV-2 en niños y adolescentes por técnica molecular LAMP.
Ficha y autorización

Ficha número: _____

I. Información general

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Asistencia escolar: Sí _____ No _____ La última semana _____ El último mes _____

Transporte escolar: Privado familiar _____ Privado colectivo _____ Público _____

¿Utiliza mascarilla normalmente? Sí _____ No _____ Son adecuadas las medidas de prevención en el centro escolar
 Sí _____ No _____

Otras actividades desarrolladas fuera de casa por el menor en el último mes:

II. Cuadro clínico

Fecha de toma de muestra: _____ Hora: _____

Lugar de toma de muestra, unidad de salud: Privado: _____ Público: _____ Otro lugar: _____

2.1 Síntomas clínicos

_____ Ningún síntoma

_____ Fiebre

_____ Tos seca

_____ Dolor de garganta

_____ Diarrea

_____ Dolor de cabeza

_____ Cansancio

_____ Molestias y dolores

Otros síntomas: _____

_____ Dificultad para respirar

_____ Pérdida del olfato

_____ Pérdida del gusto

_____ Erupciones cutáneas

_____ Conjuntivitis

_____ Dolor o presión en el pecho

_____ Pérdida del color en los dedos de las manos y pies

_____ Incapacidad para hablar o moverse

Nº de días desde el inicio de síntomas: _____

2.2 Antecedentes clínicos

_____ Ninguno

_____ Enfermedades
respiratorias

_____ Enfermedad cardíaca

_____ Diabetes

_____ Obesidad

_____ Cáncer

_____ Enfermedades
autoinmunes

_____ Síndrome inflamatorio
multisistémico

_____ Enfermedad de
Kawasaki

Otras comorbilidades: _____

2.3 Resultados clínicos de laboratorio:

Leucocitosis: Sí _____ No _____

Ferritina

Normal: _____ Elevado: _____

Troponina I

Normal: _____ Elevado: _____

Leucopenia: Sí _____ No _____

Dímero D:

Normal: _____ Elevado: _____

Proteína C-reactiva:

Normal: _____ Elevado: _____

Otros resultados de laboratorio: _____

¿Cuenta con resultados radiológicos indicativos de COVID-19? Sí _____ No _____

2.4 Tratamiento

Cuadro clínico: Leve: _____ Moderado: _____ Severo/ Crítico: _____

¿Cuántos días de tratamiento? _____

Ambulatorio/domiciliario: _____ Hospitalización: _____

¿Utilizó oxígeno o fue necesaria la ventilación asistida? Sí _____ No _____

III. Datos familiares

Nombre del tutor: _____ Parentesco: _____

Nº de celular para contacto: _____ Nº de personas en el hogar: _____

Nº de otros menores de 19 años en la casa: _____ Nº que asisten a clases: _____

Nº de personas entre 19 y 59 años en casa: _____ Nº que trabajan fuera de casa: _____

Nº de personas de 60 años a más: _____ ¿Salen frecuentemente de casa? Sí _____ No _____

¿Cuándo el niño sale de casa usa mascarilla? Sí _____ No _____

¿Sí recibe visita en casa, las personas utilizan mascarilla? Sí ___No___, ¿y distancia de 2mts? Sí ___No___

¿Sí son familiares o amigos cercanos, usan mascarilla? Sí ___No___, ¿y distancia de 2mts? Sí ___No___

¿Cuántos enfermos sospechosos de Covid-19 han tenido en su núcleo familiar? _____

¿Tiene actualmente algún enfermo sospechoso de COVID-19 en su núcleo familiar? Sí _____ No _____

Conoce de enfermos de COVID-19: En la escuela Sí ___No___, En el trabajo Sí ___No___, En el barrio Sí ___No___

¿Platican con sus vecinos sobre casos de COVID-19 y cómo prevenirlo? Sí _____ No _____

IV. Datos administrativos.

Médico tratante: _____

Observaciones: _____

Autorización

Yo _____, tutor legal de _____
debidamente informado de los propósitos de este estudio, de la inocuidad de la prueba y del compromiso de confidencialidad en el manejo de la información brindada, voluntariamente autorizó la realización de la prueba de Detección de SARS-CoV-2 por la técnica molecular LAMP.

Firma del tutor legal

International study
Detection of SARS-CoV-2 in children and adolescents by LAMP molecular technique.
File and authorization

Id number: _____

I. General information

Child's name: _____
 Date of birth: _____ Sex: Male _____ Female _____
 School attendance: Yes _____ No _____ Last week _____ Last month _____
 Transport to/from School: Private family transport _____ Private collective transport _____ Public _____
 Child wears a mask? No _____ Yes _____ Are prevention measures adequate in the school? Yes ___ No ___
 Other activities carried out by the child outside home in the last month:

II. Clinical characteristics

Sample collection date: _____ Time: _____
 Medical care facility: Private: _____ Public: _____ Other place: _____

2.1 Clinical symptoms

<input type="checkbox"/> No symptoms	<input type="checkbox"/> Difficulty breathing or shortness of breath
<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Loss of smell
<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Loss of taste
<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Skin rash
<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Conjunctivitis
<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Chest pain or pressure
<input type="checkbox"/> Asthenia	<input type="checkbox"/> Loss of color on the fingers and toes
<input type="checkbox"/> Body aches and discomfort	<input type="checkbox"/> Loss of speech and movement
Other symptoms: _____	Days since first symptoms: _____

2.2 Clinical history

<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Respiratory diseases	<input type="checkbox"/> Cardiovascular diseases	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Autoimmune diseases	<input type="checkbox"/> Multisystem inflammatory syndrome
<input type="checkbox"/> Kawasaki disease	Others comorbidities: _____		

2.3 Clinical laboratories results:

Leukocytosis: Yes ___ No ___	Ferritin Normal values: _____ High values: _____	Troponins I Normal values: _____ High values: _____
Leukopenia: Yes ___ No ___	D- dimer: Normal values: _____ High values: _____	C-reactive protein Normal values: _____ High values: _____

Other laboratory results: _____

Radiological results suggestive of COVID-19? Yes _____ No _____

2.4 Treatment

Clinical presentation: Mild: _____ Moderate: _____ Severe/ Critically ill: _____

How many days of treatment? _____

Domiciliary: _____ Hospitalization: _____

Was supplemental oxygen or assisted ventilation used? Yes _____ No _____

III. Family data

Name of legal guardian: _____ Kinship: _____

Cell phone number: _____ Number of family persons that live at home: _____

Number of family members at home ≤18 years: _____ Children ≤18 years attending school: _____

Number of family members that live at home between 19-59 years old: _____

Number of family members that live at home 19-59 years old and work away from home: _____

Number of family members that live at home 60 y.o. or older: _____

Does the family frequently do activities outside the house? Yes _____ No _____

When leaving home, does the child wear a mask? Yes _____ No _____

When receiving visits at home, do visitors wear masks? Yes ___No___, and keep 2m distance? Yes ___No___

When receiving family visits at home, do visitors wear a mask? Yes ___No___, and keep 2m distance? Yes ___No___

How many family members suspected of having Covid-19 at home have you had? _____

Do you currently have any family member suspected of Covid-19 at home? Yes ___No___

Do you know of suspected sick people at: school Yes___ No___, work: Yes___ No___; neighborhood? Yes___ No___

Do you talk with the neighbors about COVID-19 prevention? Yes _____ No _____

IV. Administrative data.

Physician: _____

Observations: _____

Authorization

I _____, legal guardian of _____
duly informed of the purposes of this study, the safety of the test and the commitment to confidentiality in handling
the information provided, I voluntarily authorize the Detection of SARS-CoV-2 by LAMP molecular technique.

Signature