



## **ANEXO I. ENCUESTA DE SEGUIMIENTO POSTCOVID-19.**

### **PARTE COMÚN**

- 1. Antecedentes personales:**
  
- 2. Fecha diagnóstico (formato dd/mm/aaaa):**
  
- 3. Con anterioridad a la fecha de diagnóstico, ¿había sido considerado trabajador/a especialmente sensible frente al COVID?**
  - a. No
  - b. Si
  
- 4. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Si”, ¿precisó adaptación de puesto?**
  - a. No
  - b. Si
  
- 5. ¿Cuál ha sido el contacto de origen?**
  - a. Origen laboral durante la prestación de la asistencia sanitaria
  - b. Durante descansos o comidas en el trabajo
  - c. Origen familiar
  - d. Origen social
  - e. Origen desconocido
  - f. Otro
  
- 6. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Otro”, especifique el contacto de origen:**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 7. En el caso de que el contagio haya sido de origen laboral, ¿utilizaba los equipos de protección en el momento de la prestación de la asistencia sanitaria?:**
  - a. Si
  - b. No
  
- 8. ¿Ha tenido un ingreso hospitalario debido al COVID-19?**
  - a. No
  - b. Si
  
- 9. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Si”, indique la duración en días de la hospitalización:**
  
- 10. ¿Ha tenido un ingreso en UCI debido al COVID-19?**
  - a. No
  - b. Si
  
- 11. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Si”, indique la duración en días del ingreso en UCI:**
  
- 12. Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, ¿cuál ha sido el diagnóstico al alta hospitalaria?**



**13. Clasificación clínica (utilice como guía la clasificación de la Instrucción VS Postcovid-19):**

- a. Leve
- b. Moderada
- c. Grave

**¿Ha tenido alguna de las siguientes complicaciones clínicas asociadas al COVID?** Fuente: Información científico técnica. Ministerio de Sanidad.

**14. Síndrome de distrés respiratorio agudo:**

- a. No
- b. Si

**15. Complicaciones cardíacas:**

- a. No
- b. Si

**16. Complicaciones tromboembólicas:**

- a. No
- b. Si

**17. Respuesta inflamatoria excesiva:**

- a. No
- b. Si

**18. Otras complicaciones inflamatorias:**

- a. No
- b. Si

**19. Infecciones secundarias:**

- a. No
- b. Si

**20. Otras complicaciones asociadas al COVID:**

**21. Fecha inicio IT (formato dd/mm/aaaa):**

**22. Fecha fin IT (formato dd/mm/aaaa):**

**23. ¿Ha tenido una recaída de su proceso?**

- a. No
- b. Si

**24. ¿Tiene tratamiento relacionado con los daños residuales post-COVID en la actualidad?**

- a. No
- b. Si

**25. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Si", especifique el tratamiento.**

**26. ¿Tiene dificultad para el desempeño de sus tareas habituales?**



- a. No
- b. Si

**27. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Si”, especifique las dificultades:**

**28. ¿Tiene dificultad para el desempeño de su trabajo?**

- a. No
- b. Si

**29. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Si”, especifique las dificultades:**

**30. ¿Ha necesitado derivación a interconsulta?**

- a. No
- b. Si

**31. Si la respuesta a la pregunta anterior es “Si”, especifique el servicio/s al que se deriva:**

**32. ¿Se ha vacunado frente al COVID-19?**

- a. Si (pauta completa)
- b. No
- c. Pauta incompleta

**33. Final del proceso como propuesta de Incapacidad Permanente:**

- a. No
- b. Si

**34. Final del proceso como alta por informe propuesta (agota 365 días de IT):**

- a. No
- b. Si

**35. Observaciones:**



**PARTE ESPECÍFICA (respuestas SI / NO de cada uno de los ítems):** Fuente: Información científico técnica. Ministerio de Sanidad.

- **Sistémicos:**

- Cansancio:
- Fiebre:
- Debilidad:
- Sofocos:
- Sudoración:
- Exacerbación de signos y síntomas tras el esfuerzo:

- **Neurológicos:**

- Deterioro cognitivo:
- Pérdida de memoria:
- “Niebla mental”:
- Alteraciones del lenguaje:
- Alteraciones de la sensibilidad (parestesias):
- Trastornos del sueño:
- Cefaleas:
- Alteración del gusto:
- Alteración del olfato:
- Alucinaciones:

- **Psicológicos / psiquiátricos:**

- Ansiedad:
- Bajo estado de ánimo:
- Depresión:

- **Cardiovasculares:**

- Alteración del ritmo cardiaco:
- Alteración de la presión arterial:
- Varices:
- Trombos:
- Dolor torácico:

- **Dermatológicos:**

- Picores:
- Urticaria:
- Exantemas:
- Cambios en piel y uñas:
- Alopecia:



- **Gastrointestinales:**
  - Molestias:
  - Reflujo:
  - Intestino irritable:
  - Anorexia:
  - Diarrea:
- **Pulmonar/respiratorio:**
  - Disnea:
  - Tos seca:
  - Estornudos:
  - Alteraciones saturación de oxígeno:
- **Otorrinolaringológicos y oftalmológicos:**
  - Parálisis facial:
  - Ojos secos:
  - Visión borrosa:
  - Dolor de garganta:
  - Disfonía:
  - Acúfenos:
- **Reproductivos, genitourinarios y endocrinos:**
  - Alteraciones en la menstruación:
  - Alteración relaciones sexuales:
  - Alteración función urinaria:
  - Diabetes:
- **Inmunológicos y autoinmunes:**
  - Aparición de nuevas respuestas inmunes o aumento de las existentes:
- **Musculoesquelético:**
  - Dolores osteomusculares:
  - Dolores articulares:
  - Presión torácica:
- **Observaciones:**