



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:**