

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES
CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y COVID-19**

Código de paciente: _____

Datos Sociodemográficos	
Fecha de ingreso a la cohorte:	
Fecha de Nacimiento:	
País de nacimiento:	
Provincia de Residencia:	
Ciudad de Residencia:	
Sexo:	Masculino Femenino
Etnia:	Mestizo Caucásico Afro LatinoAmericano Otra Desconocido
Residencia:	Urbana Rural Desconocida
Nivel Socio-Económico: (Escala de Graffar)	Alto Medio alto Medio Medio bajo Bajo Desconocido
Cobertura médica:	Prepaga + Obra social Obra social Prepaga Pública Desconocido
Educación (años):	
¿Posee certificado de discapacidad?	SI NO
Grupo Sanguíneo	A B O
Factor Sanguíneo (RH)	Positivo Negativo

COVID-19	
Fecha de diagnóstico:	
Dónde se realizó diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Detección comunitaria <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos o Residencia en institución de cuidados crónicos <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Departamento de urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?.....
Método diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Diagnóstico presuntivo basado solo en síntomas <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Anticuerpo / Test Rápido ELA (Easy Loop Amplification) <input type="checkbox"/> Prueba metagenómica <input type="checkbox"/> Tomografía computada <input type="checkbox"/> Ensayo de laboratorio, tipo desconocido <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?.....
Síntomas de COVID-19	SI NO
Fecha de inicio de los síntomas:	

<p>¿Qué síntomas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Odinofagia <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Dolor torácico <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos o náuseas <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Disgeusia <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?.....
<p>Tratamiento para COVID-19</p>	<p>SI NO</p>
<p>¿Cuál tratamiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anti-TNF <input type="checkbox"/> Anticoagulación <input type="checkbox"/> Antimaláricos <input type="checkbox"/> Azitromicina <input type="checkbox"/> Baricitinib <input type="checkbox"/> Bevacizumb <input type="checkbox"/> Ciclesonida <input type="checkbox"/> Colchicina <input type="checkbox"/> Dexametasona <input type="checkbox"/> Favipiravir <input type="checkbox"/> Glucocorticoides orales <input type="checkbox"/> Inhibidores de IL-1 <input type="checkbox"/> Inhibidores de la serpina <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) <input type="checkbox"/> Lopinavir / ritonavir <input type="checkbox"/> Metilprednisolona <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> Plasma de pacientes recuperados <input type="checkbox"/> Remdesivir <input type="checkbox"/> Sarilumab <input type="checkbox"/> Tocilizumab <input type="checkbox"/> Tofacitinib <input type="checkbox"/> Upacitinib <input type="checkbox"/> Sin tratamiento, excepto atención de apoyo <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?.....
<p>Evolución de los síntomas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recuperación total. Fecha de resolución de síntomas:..... <input type="checkbox"/> Recuperación con secuelas. Fecha de resolución de síntomas:.....Describir secuelas..... <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Falleció por COVID-19. Fecha de muerte:..... <input type="checkbox"/> Falleció por otros motivos. Fecha de muerte:.....

	Causa de muerte:..... <input type="checkbox"/> Desconocido
Hospitalización	SI NO Desconocido
Si no fue hospitalizado, ¿requirió el paciente alguna intervención médica?	SI NO Desconocido
Si fue hospitalizado, ¿cuál fue el máximo nivel de cuidado que requirió durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> No requirió oxígeno suplementario <input type="checkbox"/> Oxígeno suplementario <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica no invasiva o dispositivos de oxígeno de alto flujo <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/> Oxigenación por membrana extracorpórea <input type="checkbox"/> Requirió ventilación, pero tipo desconocido <input type="checkbox"/> Intervenciones desconocidas <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Cuántos días requirió esta intervención?	
¿Cuántos días de hospitalización en UCI?	
¿Cuántos días de hospitalización en sala general?	
¿Cuántos días de estancia en urgencias?	
Complicaciones COVID-19	SI NO Desconocido
¿Cuál complicación?	<input type="checkbox"/> Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) <input type="checkbox"/> Tormenta de citoquinas o condición similar (ej. síndrome de activación de macrófago) <input type="checkbox"/> Sepsis / Shock Séptico <input type="checkbox"/> Miocarditis o nueva insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Infección concomitante o secundaria (por ejemplo, influenza). ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Coagulación Intravascular Diseminada <input type="checkbox"/> Trombosis Arterial <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa <input type="checkbox"/> Otra complicación grave. ¿Cuál?.....
Adquisición de la infección (14 días antes al inicio de síntomas)	<input type="checkbox"/> Historial de viajes a un área con casos documentados de infección por COVID-19 <input type="checkbox"/> Contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19 <input type="checkbox"/> Estadía o internación en centro asistencial para pacientes COVID-19 <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores - Contagio comunitario <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?.....
Laboratorio COVID-19	SI NO Desconocido
Anemia	SI NO No evaluado
Leucopenia (WBC <5000/mm ³)	SI NO No evaluado
Linfocitos <1.500/mm ³	SI NO No evaluado
Plaquetas <110000/mm ³	SI NO No evaluado
ASAT o ALAT > LSN	SI NO No evaluado

Triglicéridos > 133 mg / dL	SI NO No evaluado	
Ferritina > 2000ng / ml	SI NO No evaluado	
Dímero D anormal	SI NO No evaluado	
Fibrinógeno <250 mg / dL	SI NO No evaluado	
Niveles IL-6 > LSN	SI NO No evaluado	
sIL2R > LSN	SI NO No evaluado	
Esplenomegalia o hepatomegalia conocidas	SI NO No evaluado	
Infecciones asociadas	SI NO Desconocido	
Si tuvo infección asociada, ¿cuál?	Influenza A	SI NO No evaluado
	Influenza B	SI NO No evaluado
	Coronavirus NO COVID-19	SI NO No evaluado
	VSR	SI NO No evaluado
	Adenovirus	SI NO No evaluado
	Bacterias	SI NO No evaluado
	Otra infección respiratoria	SI NO No evaluado

Enfermedad reumática	
Año de diagnóstico	
Diagnóstico(s) reumático(s) / Autoinmune(s) primario	SI NO Desconocido
¿Cuál diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso Sistémico <input type="checkbox"/> Esclerosis sistémica <input type="checkbox"/> Enfermedad mixta del tejido conectivo <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren <input type="checkbox"/> Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo <input type="checkbox"/> Síndrome Antifosfolípídico <input type="checkbox"/> Vasculitis asociada a ANCA <input type="checkbox"/> Arteritis de células gigantes <input type="checkbox"/> Polimialgia reumática <input type="checkbox"/> Otras vasculitis, incluida la enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Miopatía inflamatoria (por ejemplo, DM, PM) <input type="checkbox"/> Artritis psoriásica <input type="checkbox"/> Espondiloartritis axial (incluida EA) <input type="checkbox"/> Otras espondiloartritis (incluida la artritis reactiva) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Still del adulto <input type="checkbox"/> Artritis idiopática juvenil, no sistémica <input type="checkbox"/> Artritis idiopática juvenil sistémica <input type="checkbox"/> Enfermedad relacionada con IgG4 <input type="checkbox"/> Síndrome de Behçet <input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Otras artritis inflamatorias <input type="checkbox"/> Síndrome autoinflamatorio (incluidas TRAPS, CAPS, FMF) <input type="checkbox"/> Osteomielitis multifocal crónica recurrente <input type="checkbox"/> Inflamación ocular <input type="checkbox"/> Osteoartrosis <input type="checkbox"/> Condrocálcinosis <input type="checkbox"/> Gota

	<input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál?.....	
Enf. Inflamatoria ocular	SI NO Desconocido	
¿Qué enfermedad inflamatoria ocular?	Uveítis anterior Uveítis intermedia Uveítis posterior Panuveítis Escleritis Vasculitis retiniana Otro	SI NO Desconocido SI NO Desconocido SI NO Desconocido SI NO Desconocido SI NO Desconocido SI NO Desconocido ¿Cuál?.....
Actividad de la enfermedad reumatológica/autoinmune de base:		
Actividad de la enfermedad al inicio de COVID-19	<input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Actividad mínima o baja <input type="checkbox"/> Actividad moderada <input type="checkbox"/> Actividad grave/alta <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Desconocido	
Evaluación global médico		
Evaluación global paciente		
Tratamientos de la enfermedad reumatológica/autoinmune de base:		
GC al momento de inicio de síntomas COVID	SI NO Desconocido	
Dosis		
GC luego del diagnóstico de COVID	<input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> Continuado con misma dosis <input type="checkbox"/> La dosis fue disminuida <input type="checkbox"/> La dosis fue aumentada <input type="checkbox"/> Desconocido	
Medicamentos inmunomoduladores inmediatamente antes del inicio del síntoma de COVID	SI NO Desconocido	
¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Abatacept <input type="checkbox"/> Antifibróticos <input type="checkbox"/> Antimaláricos <input type="checkbox"/> Apremilas <input type="checkbox"/> Azatioprina/6MP <input type="checkbox"/> Belimumab <input type="checkbox"/> Inhibidores de CD20 <input type="checkbox"/> Colchicina <input type="checkbox"/> Ciclofosfamida <input type="checkbox"/> Ciclosporina <input type="checkbox"/> Denosumab <input type="checkbox"/> Anakinra <input type="checkbox"/> Canakinumab <input type="checkbox"/> Rilonacept <input type="checkbox"/> Otros inhibidores IL-1 <input type="checkbox"/> Tocilizumab <input type="checkbox"/> Sarilumab	
EN TODOS LOS CASOS INDICAR DOSIS: •Suspendida •Continuada a igual dosis •Continuada a menor dosis o aumento del intervalo •Desconocida		

	<input type="checkbox"/> Otros inhibidores IL-6 <input type="checkbox"/> Ustekinumab <input type="checkbox"/> Guselkumab <input type="checkbox"/> Otros inhibidores IL-12/23 <input type="checkbox"/> Secukinumab <input type="checkbox"/> Ixekizumab <input type="checkbox"/> Otros inhibidores de IL-17 <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> Tofacitinib <input type="checkbox"/> Baricitinib <input type="checkbox"/> Upadacitinib <input type="checkbox"/> Otros inhibidores JAK <input type="checkbox"/> Leflunomida <input type="checkbox"/> Metotrexato <input type="checkbox"/> Mofetil micofenolato/ácido micofenólico <input type="checkbox"/> Sulfasalazina <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Talidomida/Lenalidomida <input type="checkbox"/> Inhibidores de TNF α <input type="checkbox"/> Gotas oftálmicas con esteroides <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál?		
Comorbilidades	SI NO Desconocido		
¿Cuál comorbilidad?	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar intersticial (Idiopática Asociada a ETC Hipersensibilidad Sarcoidosis Otra, ¿cuál?) SI NO Desc <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva SI NO Desc <input type="checkbox"/> Otra enfermedad pulmonar, ¿cuál?..... SI NO Desc <input type="checkbox"/> Otras trombofilias (NO SAF), ¿cuál?..... SI NO Desc <input type="checkbox"/> Diabetes SI NO Desc <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida (IMC>40) SI NO Desc <input type="checkbox"/> Obesidad (IMC>30) SI NO Desc <input type="checkbox"/> Dislipemia SI NO Desc <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial SI NO Desc <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular SI NO Desc <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular SI NO Desc <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar SI NO Desc <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica SI NO Desc <input type="checkbox"/> Cáncer SI NO Desc <input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de órganos SI NO Desc <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia SI NO Desc <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal SI NO Desc <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado SI NO Desc <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica /neuromuscular crónica SI NO Desc <input type="checkbox"/> Trisomía 21 SI NO Desc <input type="checkbox"/> Condición psiquiátrica SI NO Desc ¿Cuál?..... <input type="checkbox"/> Síndrome de activación macrofágica SI NO Desc <input type="checkbox"/> Psoriasis SI NO Desc		
¿El paciente estaba tomando alguno de los siguientes	IECA ARA II	SI y continuó SI y detuvo SI y continuó SI y detuvo	NO Desc NO Desc

medicamentos?	AINE Inhibidor COX2 Inhibidor FDE5	SI y continuó SI y detuvo NO Desc SI y continuó SI y detuvo NO Desc SI y continuó SI y detuvo NO Desc
Historia obstétrica actual	No procede Emb en curso Puerperio<6 meses Desc	
Hábito fumador	Nunca Activo Ex fumador Desconocido	
Uso actual de cigarrillo electrónico	SI NO Desconocido	
HAQ	SI NO Desconocido	
EuroQoL	SI NO Desconocido	
¿Es el paciente trabajador de la salud?	SI NO	
¿Cuál es su principal actividad actual?	<input type="checkbox"/> Empleado o trabaja para sí mismo <input type="checkbox"/> Retirado o jubilado <input type="checkbox"/> Tareas domésticas <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Buscando trabajo <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?.....	