APÉNDICE D

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DE COVID 19

* Se requiere la obtención de datos para todos los estudios de la CP-CTNet.
	+ Los datos se recopilarán al inicio y al final de cada estudio. Todos los estudios deben recopilar los elementos de los eCRF adjuntos.
	+ Los eCRF serán completados por el personal del centro o por el participante en el momento de la visita asignada.
* Los datos se presentarán como parte del conjunto final de datos clínicos.

EVALUACIÓN INICIAL DE COVID-19 DE LA CP-CTNET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE REGISTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE VISITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FECHA DE VISITA(MM/DD/AAAA)\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Instrucciones:**

**La siguiente información se recopila para todos los estudios de la Red de Ensayos Clínicos para la Prevención del Cáncer (CP-CTNet). En este formulario sólo debe incluirse la información previa al inicio del estudio.**

¿Ha tenido usted una prueba de COVID-19 positiva en los últimos 3 meses?

[ ]  Sí

[ ]  No

¿Ha recibido usted una vacuna de COVID-19 en los últimos 3 meses?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  Prefiero no responder

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRF completado por (*marcar uno*):

Participante del estudio \_\_\_\_\_

Personal del estudio del centro      \_\_\_\_\_     Nombre del personal (*opcional*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

*(MM/DD/AAAA)*

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO DE COVID-19 DE LA CP-CTNET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE REGISTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE VISITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FECHA DE VISITA(MM/DD/AAAA)\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Instrucciones:**

**La siguiente información se recopila para todos los estudios de la Red de Ensayos Clínicos para la Prevención del Cáncer (CP-CTNet). Utilice este formulario únicamente para comunicar información que esté disponible desde la última vez que se completó una evaluación de COVID-19 de la CP-CTNet.**

Desde la visita inicial del estudio, ¿ha tenido usted una prueba de COVID-19 positiva?

[ ]  Sí

[ ]  No

Si la respuesta es Sí, ¿fue en los últimos 3 meses?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  Prefiero no responder

Desde la visita inicial del estudio, ¿ha recibido usted una vacuna de COVID-19?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  Prefiero no responder

Si la respuesta es Sí, ¿fue en los últimos 3 meses?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  Prefiero no responder

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRF completado por (marcar uno):

Participante del estudio \_\_\_\_\_

Personal del estudio del centro \_\_\_\_\_ Nombre del personal (opcional) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 (MM/DD/AAAA)