# PROTOCOLO
# PARA LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA FRENTE AL SARS COV 2

FBC MELGAR
AREQUIPA

# HOY JUGAMOS NUESTRO PARTIDO MÁS IMPORTANTE

## PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA FRENTE AL SARS COV 2

| ELABORADO: | SUPERVISADO: | APROBADO: | APROBADO: |
|---|---|---|---|
| MD. Harrison Vizcarra Z. | MD. Luis Rivera del C. | Sr. Carlos Bustos | Sr. Gustavo Medina Vivanco |
| | | | |

# ÍNDICE

FINALIDAD 4
BASE LEGAL 4
ÁMBITO DE APLICACIÓN 4
GRUPOS DE RIESGO 4
ESTRUCTURA 4
FUNCIONES 5
INFRAESTRUCTURA 6
INSTRUMENTAL E INSUMOS 6
MANUALES DE ACCIÓN COVID 19 7
SENSIBILIZACIÓN 7
SUPERVISIÓN 8
TIEMPO DE EJECUCIÓN 8
INDICADORES 8
PROCEDIMIENTOS 9
ANEXOS 16

## A FINALIDAD

Prevenir la diseminación y contagio del SARS COV 2, basándose en la prevención, cierre del circulo de contagio, vigilancia y control epidemiológico del personal del FBC Melgar.

## B BASE LEGAL

- Ley N°26842 Ley General de Salud
- Ley N°29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Decreto Supremo N°008-2020 SA
- Decreto Supremo N° 044-2020 PCM
- Decreto Supremo N° 057-2020 PCM
- Resolución ministerial N°773 - 2012/MINSA
- Resolución Ministerial N°1295 - 2018/MINSA
- Resolución Ministerial N°180 - 2020/MINSA
- Resolución Ministerial N° 183 - 2020/MINSA
- Resolución Ministerial N° 186 - 2020/ MINSA

## C ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es aplicable a todos los trabajadores del FBC Melgar, personal administrativo, auxiliar y deportistas.

## D GRUPOS DE RIESGO

Se tiene presente que todo grupo etéreo conlleva riesgo de complicaciones; pero se realizará el registro correspondiente de los trabajadores del ¨grupo vulnerable¨ por Edad con comorbilidades, Obesidad y Patologías Base (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, entre otras.)  las cuales fueron normados por la OMS y Ministerio de Salud del Perú. **Anexo 01**.

## E ESTRUCTURA

### E.1 ÁREA ADMINISTRATIVA DE RESPUESTA

- **Administrador General del FBC Melgar:** Ricardo Manuel Bettocchi Callirgos
- **Gerencia Deportiva:** Rómulo Gustavo Vivanco Medina.
- **Jefatura Departamento Médico:** Md. Luis Alberto Rivera Del Carpio.
- **Coordinador Médico comité de respuesta a COVID 19.:** Md. Harrison Igor Vizcarra Zegarra
- **Área legal:** Víctor Eduardo Nuñez Calderón
- **Director Técnico FBC Melgar:** Carlos Julio Bustos

### E.2 COMITÉ DE RESPUESTA A COVID 19

Se instaurará el comité de respuesta a COVID 19 con la siguiente conformación:

- **Representante Área Médica:** Md. Luis Alberto Rivera del Carpio.
- **Representante Gerencia deportiva:** Rómulo Gustavo Vivanco Medina.
- **Representante de Presupuesto y Logística:** Marilu Lucana Figueroa.
- **Representante de Equipo de Reserva:** Javier Jesús Luna Zamalloa.
- **Representante de Comando Deportivo profesional:** Carlos Julio Bustos.
- **Representante de Jugadores Profesionales:** Alexis Arias Tuesta.
- **Representante Área de Psicología:** Rafaela Pacheco Leyton.
- **Representante Área de Nutrición:** Harline de Luz Jalire Valdivia.
- **Representante Área Legal:** Víctor Eduardo Nuñez Calderón.

## F FUNCIONES

### F.1 FUNCIONES COMITÉ COVID 19

1. Evaluar la sala situacional de personal administrativo y deportivo.
2. Requerimiento de infraestructura, insumos, recursos humanos necesarios.
3. Análisis y propuesta presupuestal.
4. Realizar los protocolos/manuales para labor administrativa y deportiva.
5. Supervisar el cumplimiento de los manuales de acción.
6. Coordinación con el área administrativa ya establecida.
7. Se evaluará casos extraordinarios (jugadores fuera de la ciudad, familiares de jugadores sospechosos de contagio, entre otros).
8. Desarrollará las responsabilidades de cada área (Seguridad, Logística, Utilería, Dpto. Médico, entre otros) del FBC Melgar para afrontar la pandemia.
9. Realizar las capacitaciones respectivas a las diferentes áreas. Realizar el control y registro de las fichas de evaluación médica, epidemiológica y de contactos de cada trabajador del FBC Melgar. **Anexo 05**
10. Realizar el control y registro de fichas de evaluación Psicológica por COVID. Establecer la estrategia de vacunación por temporada (Neumococo, Influenza).
11. Análisis de Indicadores.
12. Mantener Lineamientos por parte del Ministerio de Salud y la Federación Peruana de Fútbol.

### F.2 FUNCIONES ÁREA ADMINISTRATIVA COVID 19

1. Aprobar los protocolos y manuales de acción para trabajadores del área administrativa y área deportiva.
2. Evaluar y aprobar las sugerencias por parte del Comité de Respuesta COVID 19.
3. Realizar retroalimentación sobre el comité de respuesta COVID 19, para toma de decisiones.
4. Evaluar las sugerencias del comité de respuesta COVID 19 sobre grupo de riesgo.

5. Aprobar presupuestos para la prevención, diagnóstico y seguimiento del personal que labora en FBC Melgar.
6. Gestionar los códigos para el ingreso y registro a la plataforma SICOVID por parte del Departamento Médico. **Anexo 05**
7. Establecer las obligaciones del personal administrativo y deportivo.
8. Establecer multas y/o sanciones al incumplimiento de la normativa.
9. Supervisar acciones por parte del comité y personal del FBC Melgar.
10. Respuesta al análisis de los indicadores.
11. Mantener lineamientos por parte del ministerio de salud y la federación peruana de fútbol.

## G INFRAESTRUCTURA

1. Local Consuelo 408 (Administrativo).
2. Estadio Mariano Melgar, IV Centenario - Arequipa.
3. Estadio de la Universidad San Agustín, Virgen de Chapi.
4. Se establecerá la ubicación de los recintos deportivos.
5. Se evaluarán según sala situacional de Arequipa, estableciendo zonas calientes (contagio), para las medidas preventivas respectivas.
6. Se ubicará un área para recolección y/o disposición de residuos sólidos y biocontaminados.

## H INSTRUMENTAL E INSUMOS

### H.1 ÁREA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

- **Equipos de bioseguridad:** gorros, lentes o mascaras faciales, mascarillas quirúrgicas, guantes, mandilones, botas.
- Soluciones para limpieza hipoclorito de sodio, entre otros (no mezcla).
- **Equipos de limpieza:** baldes, escobas, trapos, bolsas para residuos sólidos comunes y biocontaminados.
- **Recursos de Higiene:** Jabón Líquido, Alcohol en Gel 70%, Papel toalla.
- Se tendrá en cuenta la omisión de algunos puntos si se da la contratación de empresa para limpieza y desinfección.
- Dispensadores de Agua para lavado de manos.

### H.2 ÁREA MÉDICA

- **Equipos de bioseguridad:** gorros, lentes o mascaras faciales, mascarillas quirúrgicas, guantes, mandilones, botas.
- **Recursos de higiene:** Jabón líquido, Alcohol en Gel 70%, papel toalla, basureros con bolsas para residuos sólidos comunes y biocontaminados.

- Laboratorio de referencia para Prueba Molecular y Prueba Serológica (rápida) para SARS COV 2.
- **Material médico:** maletín de insumos médicos básicos, termómetro infrarrojo, pulsooximetro/saturometro, estetoscopio, tensiómetro.

### ✔ H.3 ÁREA DEPORTIVA

- **Equipos de bioseguridad:** mascarillas, guantes  Recursos de higiene: jabón líquido, alcohol en gel, papel toalla, basureros con bolsas para residuos sólidos comunes y biocontaminados.

### ✔ H.4 ÁREA ADMINISTRATIVA

- **Equipos de bioseguridad:** lentes, mascarillas, guantes.
- **Recursos de higiene:** jabón líquido, alcohol en gel, papel toalla, basureros con bolsas para disposición final.

### I MANUALES DE ACCIÓN COVID 19

Los manuales (procedimientos) de acción al ser aprobados por el área administrativa en mención, se efectuarán en forma inmediata, según calendario establecido por Administración General (personal administrativo) y Gerencia Deportiva (personal deportivo).

### J SENSIBILIZACIÓN

- Se realizarán capacitaciones por grupos, video conferencia, días previos al inicio de actividades, siendo los temas a sensibilizar: **ANEXO 8,9,11.**

  - Coronavirus, contagio, signos y síntomas.
  - Medidas de prevención, familiares y contactos de personas con COVID 19.
  - Correcto Lavado de Manos.
  - Correcta utilización de EPPS.
  - Responsabilidades antes, durante y al finalizar los entrenamientos.
  - Otras informaciones administrativas (horarios, sanciones, etc.).

- Se realizará un cronograma por grupos de 4-5 personas por día, a partir del día 18 de mayo del presente año.
- Cada capacitación estará a cargo del departamento médico y coordinadores responsables, con una duración de 40 minutos.
- Personal de seguridad, marketing y personal encargado por gerencia, se encargará de adecuar y ubicar los Infogramas proporcionados por el departamento médico, en base a la OMS y ministerio de Salud. **Anexo 11**

## K SUPERVISIÓN

- La supervisión estará a cargo del área administrativa y comité de respuesta COVID 19.
- Se realizará la coordinación con el Ministerio de Salud, de los casos sospechosos o positivos que se lleguen a presentar en el FBC Melgar.
- Se realizará la coordinación con médico Epidemiólogo o Departamento Médico a cargo, de la Federación Peruana de Fútbol.
- Se seguirán lineamientos a supervisar por parte de la Federación Peruana de Futbol y Ministerio de Salud.

## L TIEMPO DE EJECUCIÓN

- El tiempo de inicio, ejecución del presente protocolo se dará a partir de la reapertura de actividades según establezca el La Federación Peruana de Fútbol y Gobierno Peruano.

## INDICADORES MANUAL DE ACCIONES DE RESPUESTA COVID 19

1. **% TEST DEPORTISTA:** N° DEPORTISTAS/N° PRUEBAS
2. **% TEST COMANDO TECNICO:** N° MIEMBROS COMANDO TECNICO/N° PRUEBAS
3. **% TEST EQUIPO AUXILIAR:** N° MIEMBROS EQUIPO AUXILIAE/N° PRUEBAS
4. **% TEST DPTO MÉDICO:** N° MIEMBROS DEPARTAMENTO MÉDICO/N° PRUEBAS
5. **% CONTAGIOS SARS COV 2:** N° DEPORTISTAS PRUEBA (+) / N° TOTAL DE DEPORTISTAS
6. **% SÍNTOMATICOS, PR (-):** N° DEPORTISTAS SINTOMÁTICOS, PR (-) / N° TOTAL DE DEPORTISTAS
7. **% NO SINTOMÁTICOS PR (+):** N° DEPORTISTAS NO SINTOMÁTICOS PR (+) / TOTAL DE DEPORTISTAS
8. **% CONTAGIOS SARS COV2:** N° (CT+PA) / TOTAL DE PERSONAL
9. **% CONTAGIOS SARS COV 2:** N° MIEMBROS DEPARTAMENTO MÉDICO PRUEBA +/TOTAL MIEMBROS DEPARTAMENTO MÉDICO
10. **% POBLACIÓN EN RIESGO:** N° DEPORTISTAS CON FC RIESGO/N° DE DEPORTISTAS
11. **% POBLACIÓN EN RIESGO:** N°(CT + PA)/ TOTAL DE PERSONAL (CT+PA)
12. **% EPPS:** EPPS X SEMANA/ TOTAL DE PERSONAL
13. **% POBLACION AT:** N° PERSONAS AREA DE TRABAJO/AFORO PERMITIDO
14. **% PERSONAL CAPACITADO (Capacitaciones):** N° PERSONAL CAPACITADO/ TOTAL DE PERSONAL

# MANUAL DE ACCIÓN EN RESPUESTA AL COVID 19 INICIO DE ENTRENAMIENTOS

## A FINALIDAD

Prevenir el contagio por coronavirus del personal del FBC Melgar, en el reinicio de actividades deportivas.

## B GENERALIDADES

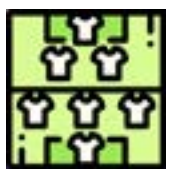
El equipo médico a cargo se encontrará en comunicación y bajo supervisión del Ministerio de Salud con quien se hará la coordinación previa para elevar resultados, fichas (triaje, realización de prueba, investigación epidemiológica, seguimiento clínico, contactos) al SICOVID, así como con el departamento médico de la Federación Peruana de Fútbol.

No se permitirá el ingreso del personal vulnerable a las instalaciones deportivas FBC Melgar sin previa autorización por parte del club (declaración jurada, ficha médica) emitiendo una acreditación para su desplazamiento.

El personal que presente síntomas o salga positivo (prueba), se someterá al protocolo establecido por el Ministerio de Salud, según se detallará en los siguientes apartados.

Los manuales a realizar para viajes, concentraciones, realización de partidos profesionales, se irán realizando según la experiencia de otras federaciones profesionales, equipos de fútbol. ***Recordar que debemos salvaguardar nuestro sistema de salud y no convertirnos en una carga más.***

## C PROCEDIMIENTO POR ETAPAS

| | | |
|---|---|---|
| **ETAPA 1:** ENTRENAMIENTO INDIVIDUALIZADO | **ETAPA 2:** ENTRENAMIENTOS POR GRUPOS |  **ETAPA3:** ENTRENAMIENTO COLECTIVO |

- **ETAPA 1 Y 2: ENTRENAMIENTO INDIVIDUALIZADO Y POR GRUPOS**

A. EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL
B. SIETE MOMENTOS: DESARROLLO DE ENTRENAMIENTO

## A. EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL

- El Departamento médico desarrollará un sistema de comunicación semanal (Evaluación remota) con cada miembro del FBC Melgar, durante el periodo de cuarentena y posteriormente según se detalla.
- Se realizará una evaluación médica (presencial) a cada integrante del FBC Melgar, 03 - 05 días antes del inicio de actividades (entrenamiento individual/grupos).
- Se realizará la prueba molecular en presencia de un laboratorio especializado o prueba serológica (rápida) 3- 5 días respectivamente antes del inicio de los entrenamientos.
- Se valorará la posibilidad de realizarle la prueba serológica o molecular a los integrantes de la familia con la que viva cada miembro del FBC Melgar.
- Se realizará en base a los requerimientos del Ministerio de Salud, y se subirá toda información al Sistema integral COVID (SICOVID). **ANEXO 05**
- Se realizará una evaluación psicológica (Tamizaje de Salud Mental) a cada miembro del FBC, valorando nivel de estrés, temor, voluntad a la actividad, entre otros; ya que pueden ser condicionantes de la salud del personal (Ej.: fatiga psicológica, neurológica, riesgo de lesiones).
- Si se tiene el antecedente de haber sufrido la enfermedad COVID 19, se le realizan estudios pulmonares (TC de pulmones, espirometría, etc) y cardiológicos (EKG, Ecocardiografía, pruebas de esfuerzo, etc) y con la evaluación del especialista según corresponda.
- Las pruebas rápidas se repetirán el primer día de entrenamiento y posteriormente cada 7-10 días o según disponga la Federación Peruana de Futbol, Ministerio de Salud.
- Los miembros del FBC Melgar que sean sintomáticos o prueba positiva, serán intervenidos según el Ministerio de Salud
- Los jugadores procedentes de otros lugares del país pasarán la prueba molecular o serológica e iniciarán su cuarentena por 14 días, bajo la supervisión del Departamento Médico.

## B. SIETE MOMENTOS

Pasos a seguir para el desarrollo del entrenamiento:

### 1 Llegada del Personal de Utilería, Seguridad y Desinfección.

a. Las personas asignadas a la limpieza y seguridad del lugar de entrenamiento, se encargarán de limpiar los lugares asignados al descanso de los jugadores, camerino del comando técnico, material deportivo, sistema de hidratación, áreas comunes, así como deberán cumplir los lineamientos indicados en el presente documento.

## 2 Llegada de Departamento médico.

a. El departamento medico se instalará en zona de seguridad, supervisará la limpieza y desinfección del lugar.
b. Se realizará el triaje del personal de utilería y limpieza

## 3 Llegada de Comando técnico y Deportistas.

c. El Comando Técnico y Jugadores ingresan al lugar de entrenamiento uno por uno, por una puerta designada por el equipo de seguridad, con la diferencia de 10 minutos entre la llegada de cada uno según horarios programados.
d. Se les realizará el protocolo de desinfección antes de la evaluación médica.
e. Se dirigirán inmediatamente a la evaluación médica respectiva.
f. Estarán regidos a los lineamientos indicados en el presente documento.

## 4 Evaluación Médica

a. El personal médico mantendrá comunicación con el personal durante la noche previa al entrenamiento, para valorar la separación de miembros del equipo por presentar sintomatología alguna y se procederá a realizarle la evaluación remota, en domicilio o designar el centro de atención adecuado.
b. El personal médico se ubicará en área de seguridad ya pre establecida.
c. Se realizará una evaluación médica diaria en el recinto deportivo. Que será registrada en el formato respectivo. **Anexo 3,10**
d. Permitirá el ingreso o la separación del personal por causa médica, manteniendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Federación Peruana de Fútbol

## 5 Inicio de Entrenamiento grupal

a. A cargo del Comando Técnico.
b. Manteniendo las recomendaciones de distanciamiento (10 metros entre deportista).
c. Supervisado por Departamento Médico y Seguridad.

## 6 Finalización de entrenamiento grupal

a. El grupo que finaliza el entrenamiento se retirará del establecimiento inmediatamente culminada la sesión, por una puerta diferente a la del ingreso.
b. Estarán regidos a los lineamientos indicados en el presente documento.

## 7 Desinfección de área y material de trabajo

c. Se Procederá a la desinfección de ambientes y material deportivo.

## D INDICACIONES PARA LAS DISTINTAS ÁREAS DE TRABAJO

### PERSONAL DE SEGURIDAD Y LIMPIEZA

1. El club designará un grupo de trabajo que se encargará de implementar y supervisar los protocolos a seguir para el desarrollo de actividades.
2. Se velará por el cumplimiento de medidas de bioseguridad de los empleados de los recintos deportivos, así como del equipo de limpieza/desinfección.
3. Supervisarán que todo el personal permanezca con los EPPS indicados.
4. El personal de seguridad aislará el área de entrenamiento (según el estadio), evitando el ingreso de personas ajenas al plantel deportivo y comando técnico.
5. Si no se tiene la exclusividad del lugar en mención, se encargará de controlar el aforo al momento de acudir y al realizar trabajos con deportistas, aislando aquellos deportistas y otras personas fuera del rubro en mención (atletismo entre otros).
6. No se permitirá el ingreso de la prensa para entrevistas, solo se podrán hacer filmaciones, en el área que disponga el personal de seguridad.
7. Se implementará las áreas de descanso con bancas o camerinos exteriores para 3 personas cada uno considerando 2 -3 metros de separación entre deportista.
8. Si se tiene camerinos cerrados, evitar cerrar las puertas, para evitar contacto con estructuras, así como las medidas de distanciamiento.
9. Se realizará la desinfección de las áreas descritas y superficies con alcohol al 70% o hipoclorito de sodio u otro desinfectante sugerido por el comité de respuesta COVID 19, aprobado por el área administrativa y según norma técnica del Ministerio de Salud.
10. Ubicarán círculos de seguridad para las evaluaciones médicas y otros.
11. Se corroborará que no se exceda el máximo de 20 personas en total por turno (04 Entrenadores, 03 Departamento médico, 01 administrativo, 03 utilería, 06 jugadores, 03 seguridad y limpieza).
    En el área deportiva se tendrá a 13 personas en total (03 entrenadores, 02 Departamento médico, 01 Utilería, 06 jugadores, 01 seguridad).
12. La desinfección del área se realizará al término de cada grupo de Trabajo.
13. Se dispondrá de lugares ya establecidos para la ubicación de residuos sólidos y biocontaminados.

### PERSONAL DE UTILERÍA

1. El personal de utilería se ubicará según disposición del personal de seguridad

2. Todo el personal acudirá con equipos de protección personal: lentes o máscara facial, mascarilla, y guantes.
3. Se realizará la desinfección del material a utilizar antes del entrenamiento (se pueden realizar desinfecciones previas, pero permaneciendo el material en lugares asépticos).
4. Brindará la ropa de entrenamiento a cada uno de los deportistas.
5. Supervisará el no consumo de alimentos y otros en el área de descanso, camerinos y áreas comunes
6. El material deportivo se colocará según indicación del comando técnico, respetando el distanciamiento de 5 - 10 metros entre cada deportista.
7. Realizarán la desinfección del material utilizado al terminar cada grupo de trabajo.
8. El encargado de utilería estará a cargo del cuidado de las pertenencias de los deportistas
9. Colocará la ropa en un área lejana al camerino para su traslado posterior a lavandería
10. Deberán mantenerse aislados tanto ellos como sus familias, saliendo únicamente para el abastecimiento de alimentos, evitando reuniones familiares y contacto con personas ajenas que puedan no estar cumpliendo con la higiene y desinfección requerida, será responsabilidad de todo el personal evitar el contagio de la COVID 19.

## DEPORTISTAS

1. Los deportistas llegaran de uno en uno al lugar de entrenamiento, en un número máximo de 06 personas por turno, con un lapso de 10 minutos por deportista.
2. Se corroborará el uso de EPPS así como de lo siguiente:
   - ✔ Ningún deportista podrá usar joyas (Aretes, anillos, cadenas, etc.), no relojes.
   - ✔ Se permitirá traer 01 mochila o maletín por jugador.
   - ✔ Deberán acudir con calzado cerrado, no sandalias y/o parecidos.
   - ✔ No llevar alimentos o preparaciones de cualquier índole (Mates, jugos, etc.).
   - ✔ El teléfono / celular, se mantendrá dentro de su respectiva mochila o maletín, no uso de audífonos.
3. Se sensibilizará a los deportistas para el corte cabello, así como de la barba (no siendo obligatorio)
4. Se realizará la desinfección de calzados.
5. Se realizará la desinfección de manos ya sea con agua y jabón o alcohol gel 70%.
6. Se le realizará la valoración médica respectiva.
7. Se tendrán las medidas de distanciamiento ya establecidas, para las áreas de descanso y durante el entrenamiento:
   - ✔ 02 - 03 metros de distancia
   - ✔ No saludos entre deportistas
   - ✔ Evitar el contacto con el piso de prendas de vestir y otros (recordar que toda superficie es un área de exposición).

- ✔ No se podrán realizar actividades de aseo: lavarse los dientes, cabello.
- ✔ No se habilitarán las duchas
- ✔ Solo está permitido el lavado de manos y rostro con los implementos de higiene proporcionados.

8. Deberán mantenerse aislados tanto ellos como sus familias, saliendo únicamente para el abastecimiento de alimentos, evitando reuniones familiares y contacto con personas ajenas que puedan no estar cumpliendo con la higiene y desinfección requerida, será responsabilidad de todo el personal evitar el contagio de COVID 19.

## COMANDO TÉCNICO

1. Solo se permitirá 03 miembros del comando técnico en campo, si hubiera más integrantes se ubicarían a la periferia del mismo o en tribuna.
2. Se corroborará el uso de EPPS.
3. Se les asignara un camerino para guardar sus pertenencias, evitar el uso de duchas.
4. Al llegar a los entrenamientos, pasarán la evaluación médica correspondiente **Anexo 3,10**
5. Las medidas de distanciamiento, higiene y desinfección; así como las demás normativas, también serán comprendidas dentro del comando técnico.
6. Deberán mantenerse aislados tanto ellos como sus familias, saliendo únicamente para el abastecimiento de alimentos, evitando reuniones familiares y contacto con personas ajenas que puedan no estar cumpliendo con la higiene y desinfección requerida, será responsabilidad de todo el personal evitar el contagio de COVID 19.

## DEPARTAMENTO MÉDICO

1. Estará a cargo de la supervisión de EPPS a la llegada y durante la estancia de los entrenamientos.
2. El personal médico mantendrá comunicación con el personal durante la noche previa al entrenamiento, para valorar la separación de miembros del equipo por presentar sintomatología alguna y se procederá a realizarle la evaluación remota, en domicilio o designar el centro de atención adecuado.
3. Realizará la entrevista y evaluación médica respectiva, asimismo realizará el seguimiento de cualquier síntoma o contacto de todo el personal y sus familias a través de las fichas de la institución y las emitidas por el Ministerio de Salud.
4. Permitirá el pase a camerinos del deportista, o si será separado del entrenamiento por causa médica.
5. El deportista que al momento de la evaluación presente síntomas respiratorios, se someterá a una nueva prueba rápida o se solicitara el apoyo del ministerio de salud o aseguradora particular para el descarte de la enfermedad, así como de sus contactos bajo lineamientos del ministerio de Salud.

6. Se brindará el reporte de dichos deportistas al comando técnico y gerencia deportiva.
7. El Personal del departamento medico a cargo de la hidratación, proporcionara 2-3 botellas por jugador, con su número de camiseta respectivo. Ya que será individualizado y ubicado en su zona de trabajo.
8. Realizará la coordinación con el encargado de nutrición del club para la vigilancia respectiva.
9. El fisioterapeuta y rehabilitador a cargo, solo brindaran la atención al deportista, en caso de lesiones establecidas, por el departamento médico (Ej.: no se darán masajes, ni otra manipulación que no amerite el departamento médico).
10. El fisioterapeuta y rehabilitador en función, deberá mantener el distanciamiento y las medidas de bioseguridad (Ej.: Cambio de guantes) e higiene, durante las atenciones requeridas.
11. Se realizará la desinfección de las camillas, al terminar la atención respectiva de cada jugador.
12. El comité Covid 19, inspeccionará el área de recuperación (Aparatología), para poder cubrir todos los requerimientos de higiene y desinfección.

## E MOVILIZACIÓN ENTRENAMIENTOS Y PARTIDOS

1. La empresa a contratar, deberá contar con todas las medidas de desinfección acordadas por el Ministerio de Salud.
2. Se usarán el número de movilidades necesarias para que entre cada persona se mantenga los 2-3 filas de asientos de separación.
3. Los deportistas se movilizarán en número de 01 por movilidad particular que los traslade a los entrenamientos.

## F CONCENTRACIONES

1. Se evitará realizar concentraciones del equipo de fútbol.
2. En el caso que se dé la concentración de algunos jugadores, el hotel o lugar de concentración deberá contar con todos los protocolos de desinfección y otros que mande le Ministerio Salud.
3. En cocina se supervisará que se cuente con el mínimo personal y se verificará que todo su personal cuente con las medidas de bioseguridad y acordadas por el Ministerio de Salud.

## COLABORADORES:

- **Jefe del Departamento Médico FBC Melgar:** Dr. Luis Alberto Rivera Del Carpio
- **Médico Equipo Profesional FBC Melgar:** Dr. Harrison Igor Vizcarra Zegarra
- **Gerente Deportivo FBC Melgar:** Sr. Rómulo Gustavo Vivanco Medina
- **Director Técnico FBC Melgar:** Sr. Carlos Julio Bustos
- **Encargado de Equipo de Reserva FBC Melgar:** Sr. Javier Jesús Luna Zamalloa

# ANEXOS

## ANEXO 1: POBLACIÓN VULNERABLE

### REGISTRO POBLACIÓN DE RIESGO FBC MELGAR
### (Declaración Jurada)

Mediante el siguiente formato responda con sinceridad a las siguientes interrogantes, con el fin de poder cuidar tu salud.

Fecha Nacimiento: ...../...../.....
Edad: .....

**MARCAR CON UNA X SI PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:**

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Obesidad
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedad cardiovascular (Ejm: valvulopatía, IC, etc)
- ☐ Enfermedad Respiratoria crónica (Ejm: Fibrosis Pulmonar)
- ☐ Enfermedad con tratamiento inmunosupresor ( Ejm: Lupus, Artritis, etc)

Si usted marco alguna de las alternativas anteriores, el departamento médico se comunicará con usted.

Fecha: ...../...../.....

FIRMA .....

## ANEXO 2: DECLARACIÓN JURADA SÍNTOMÁTICO RESPIRATORIO

### REGISTRO SINTOMÁTICO RESPIRATORIO COVID 19 FBC MELGAR 2019
### (Declaración Jurada)

Nombres y Apellidos: .....
Área de Trabajo: .....
Dirección: .....

En los últimos 14 días (02 semanas) hasta el momento, usted presentó alguno de estos síntomas o algún familiar:

| | PERSONAL FBC MELGAR | | FAMILIAR | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Cefalea (Dolor de Cabeza) | SI | NO | SI | NO |
| 2. Dolor de Garganta | SI | NO | SI | NO |
| 3. Tos | SI | NO | SI | NO |
| 4. Sensación de Alza Térmica – Fiebre | SI | NO | SI | NO |
| 5. Rinorrea/Congestión Nasal | SI | NO | SI | NO |
| 6. Dolor Abdominal | SI | NO | SI | NO |
| 7.- Dificultad para Respirar | SI | NO | SI | NO |

Mencione si actualmente toma alguna medicación (Nombre, dosis y frecuencia):
.....
.....
.....

He sido informado que al falsear u omitir alguna de las informaciones solicitadas, pongo en riesgo mi salud y la de los demás trabajadores, asumiendo las consecuencias y medidas administrativas.

Fecha: ...../...../.....  FIRMA .....

## ANEXO 3: REQUERIMIENTO

### REQUERIMIENTO BASE PROTOCOLO DE RESPUESTA COVID 19

**RECURSO HUMANO**
- Personal de desinfección o empresa para dicho fin.
- Personal de Salud: Médicos 02.

**MATERIAL DE DESINFECCIÓN**
- Hipoclorito de Sodio.
- Alcohol en Gel 70%.
- Alcohol de 96 – 70%.
- Jabón líquido.
- Dispensadores de Jabón y Alcohol en gel.
- Papel Toalla.
- Dispensadores de Agua para lavado de manos.

**EQUIPO DE BIOSEGURIDAD**
- Mascarillas quirúrgicas (para 7 usos por persona).
- Lentes de protección.
- Guantes de procedimiento (solo departamento médico).
- Mandilones (solo para departamento médico).

**EQUIPO MÉDICO**
- Pulsioxímetro: 02.
- Termometro de infrarrojo: 02.
- Estetoscopio Riester o Littman: 02.
- Tensiometro Riester. 01 - Linternas: 02.
- Material médico: baja lenguas, algodón, dispensador alcohol 70-96%.

**EQUIPO DE LABORATORIO**
- Kit prueba Rapida COVID 19 (SARS COV 2 Ig G, Ig M).
- Agujas N°25

## ANEXO 4: REGISTRO MÉDICO DIARIO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre y Apellidos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRIAJE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO Kg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SINTOMATOLOGÍA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cefalea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Congestión Nasal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mialgias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anosmia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S. Falta de Aire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diarrea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nausea/vómito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor Abdominal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor de Pecho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTACTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONDICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOSPECHOSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CATEGORÍA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LEVE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MODERADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEVERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Médico Evaluadoo

V° Dpto Médico

## ANEXO 5:
## FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA (SICOVID)

PERÚ | Ministerio de Salud | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19**

**I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN**

1. Fecha notificación: ____/____/____
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____
3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: ☐ MINSA ☐ EsSalud ☐ Privado
5. Clasificación del caso: ☐ Confirmado ☐ Probable ☐ Sospechoso
6. Detectado en punto de entrada: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
   Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar _____

**II. DATOS DEL PACIENTE**

7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: _____ ☐ Año ☐ Mes ☐ Día
10. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____

**INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE**

13. Dirección de residencia actual: _____ País: _____
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

**III. CUADRO CLÍNICO**

14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
15. Hospitalizado: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

**Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:**

16. Fecha de hospitalización: ____/____/____ Nombre del Hospital: _____
17. Aislamiento: ☐ Si ☐ No Fecha de aislamiento: ____/____/____
18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
19. Evolución del paciente: ☐ Recuperado ☐ No recuperado ☐ Falleció ☐ Desconocido
20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____
21. Síntomas:
    - ☐ Tos
    - ☐ Dolor de garganta
    - ☐ Congestión nasal
    - ☐ Dificultad respiratoria
    - ☐ Fiebre/escalofrío
    - ☐ Otros, especificar: _____
    - ☐ Malestar general
    - ☐ Diarrea
    - ☐ Náuseas/vómitos
    - ☐ Cefalea
    - ☐ Irritabilidad/confusión
    - ☐ Dolor Marque todos los que aplica:
      ( ) Muscular ( ) Pecho
      ( ) Abdominal ( ) Articulaciones
22. Signos:
    Temperatura: ____, ___ °C
    - ☐ Exudado faríngeo
    - ☐ Inyección conjuntival
    - ☐ Convulsión
    - ☐ Otros, especificar: _____
    - ☐ Coma
    - ☐ Disnea/taquipnea
    - ☐ Auscultación pulmonar, anormal
    - ☐ Hallazgos anormales en Rx pulmonar

## ANEXO 5:
## FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA (SICOVID)

23. Condiciones de comorbilidad

- ☐ Embarazo (Trimestre: _____)
- ☐ Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular
- ☐ Otros, especificar: _____
- ☐ Pos parto (< 6 semanas)
- ☐ Inmunodeficiencia (incluye VIH)
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Daño hepático
- ☐ Enfermedad pulmonar crónica
- ☐ Cáncer

**IV. Información de viaje y exposición en los 14 dias anteriores a la fecha de inicio de sintomas (antes de informar si es asintomático)**

24. Ocupación

- ☐ Estudiante
- ☐ Trabaja con animales
- ☐ Trabajador de salud en laboratorio
- ☐ Trabajador de salud
- ☐ Otros, especificar: _____

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

| | País | Ciudad |
|---|---|---|
| 1 | _____ | _____ |
| 2 | _____ | _____ |
| 3 | _____ | _____ |

27. ¿ Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas?
☐ Si ☐ No ☐ Desconocido Si la respuesta es SI, nombre del EESS _____

28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:

- ☐ Entorno de salud
- ☐ Entorno familiar
- ☐ Lugar de trabajo _____
- ☐ Desconocido
- ☐ Otros, especifique: _____

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas?
☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:
Caso 1: _____
Caso 2: _____
Caso 3: _____
Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:

- ☐ Entorno de salud
- ☐ Entorno familiar
- ☐ Lugar de trabajo _____
- ☐ Desconocido
- ☐ Otros, especifique: _____

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días antes del inicio de síntomas?
☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
Si la respuesta es si, resgistre el país/departamento/localidad de exposición: _____
_____

**V. LABORATORIO** (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____
32. Tipo de muestra: _____ 33. Tipo de prueba: _____
34. ¿Se realizó secuenciamiento? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____

**VI. INVESTIGADOR**

36. Persona que llena la ficha: _____
37. Firma y sello:

## ANEXO 6: FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO

PERÚ | Ministerio de Salud | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO COVID-19**

**I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO**

Fecha investigación: ____/____/____

Nombre del caso confirmado: _____ DNI/CE/Pasaporte: _____

**II. DATOS DEL CONTACTO**

Apellidos y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ ☐ Año ☐ Mes ☐ Día

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____

Correo electrónico: _____ N° Teléfono: _____

Dirección de residencia actual: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Tipo de contacto: ☐ Familiar ☐ Centro laboral ☐ Centro estudios ☐ EESS
☐ Evento social ☐ Atención médica domiciliaria ☐ Otros: _____

Fecha de contacto: ____/____/____

Factores de riesgo y comorbilidad

- ☐ Embarazo (Trimestre: _____)
- ☐ Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular
- ☐ Otros, especificar: _____
- ☐ Pos parto (< 6 semanas)
- ☐ Inmunodeficiencia (incluye VIH)
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Daño hepático
- ☐ Enfermedad pulmonar crónica
- ☐ Cáncer

**III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO**

☐ Si ☐ No

**IV. INVESTIGADOR**

Persona que llena la ficha: _____ N° Teléfono: _____

Firma y sello _____

## ANEXO 7: EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL POR NIVEL DE RIESGO

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PUESTOS DE TRABAJO CON RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID-19, SEGÚN NIVEL DE RIESGO

| Nivel de riesgo de puesto de trabajo | Equipos de Protección Personal (*) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mascarilla quirúrgica | Respirador N95 quirúrgico | Careta facial | Gafas de protección | Guantes para protección biológica | Traje para protección biológica | Bota para protección biológica |
| | | | | | | | |
| Riesgo Muy Alto de Exposición | | O | O | O | O | O | O |
| Riesgo Alto de Exposición | | O | | O | O | O (*) | |
| Riesgo Mediano de Exposición | O | | | | | | |
| Riesgo bajo de exposición (de precaución) | O | | | | | | |

O – Obligatorio O (*) Uso de delantal o bata

** Esta relación de equipos de protección personal es lo mínimo obligatorio para el puesto de trabajo; además, el servicio de seguridad y salud en el trabajo deberá realizar una evaluación de riesgos para determinar si se requieren otros equipos de protección personal adicionales. Asimismo, las mascarillas, los respiradores N95 quirúrgicos, los guantes y trajes para protección biológica, deberán cumplir normativas asociadas a protección biológica, y la certificación correspondiente.

*** En el caso de puesto de trabajo de bajo riesgo a exposición a COVID-19, se podrá utilizar mascarillas comunitarias".

## ANEXO 8: CORRECTO USO DE EPPS: MASCARILLA

***RECUERDE***:

- Las mascarillas quirúrgicas son efectivas si se usan en combinación con el lavado frecuente de las manos con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol.

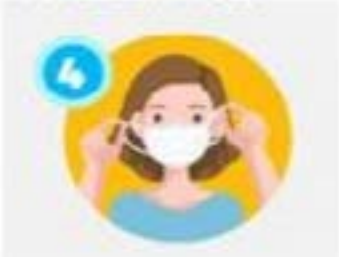
**Descripción**

**Paso 1:** Antes de ponerse la mascarilla lavarse y/o desinfectarse las manos.

**Paso 2:** Verifica que la mascarilla no se encuentre dañada.
**Paso 3:** Asegúrate que el lado exterior de la mascarilla queda hacia fuera.
**Paso 4:** Cúbrete la boca y la nariz con la mascarilla, sujeta las tiras o elástico alrededor de las orejas o en la parte posterior de la cabeza y ajusta la tira rígida sobre la nariz.

**Paso 5:** Evitar tocar la mascarilla mientras lo usas, si lo haces lávate las manos.

**Paso 6:** Quítate la mascarilla sin tocar la parte delantera y deséchala en un recipiente cerrado. Luego lávate y desinféctate las manos.




**¿Cuándo cambiar de mascarilla?**
Cuando esta húmeda o presente rotura.
Las mascarillas de tela se lavan y se desinfectan con plancha.

## ANEXO 9: CORRECTO USO DE EPPS: GUANTES

**Alcance**

- A todo el personal administrativo, operativo, externos y clientes que requieran el uso de guantes.

**Descripción**

- Para realizar el buen uso de los guantes se debe de seguir los siguientes pasos:
  - Lávate y desinféctate las manos antes de colocarte los guantes.

  - Colócate los guantes.
  - Lávate y desinféctate las manos con los guantes puestos.

- ¿Cómo me retiro los guantes?
  - Agarra el guante por el lado de la palma y a la altura de la muñeca y tira para retirarlo.

PASO 1

  - Sostén el guante ya retirado con la palma de la mano donde todavía tienes puesto el otro guante y tira para retirarlo

PASO 2

  - Desecha los guantes en un contenedor para residuos peligrosos.

PASO 3

## ANEXO 10: USO DEL TERMÓMETRO INFRARROJO

**Descripción**

- Recomendaciones previas al uso:
  - Asegurar que el orificio del sensor no esté sucio.
  - El sensor no debe ser tocado ni soplado.
  - Asegurar que la superficie donde tome la temperatura (Frente o detrás del oído), no se encuentre mojada ni con sudor (debe estar seco).
  - No medir sobre el cabello, cicatrices u obstáculos que puedan alterar la medición.

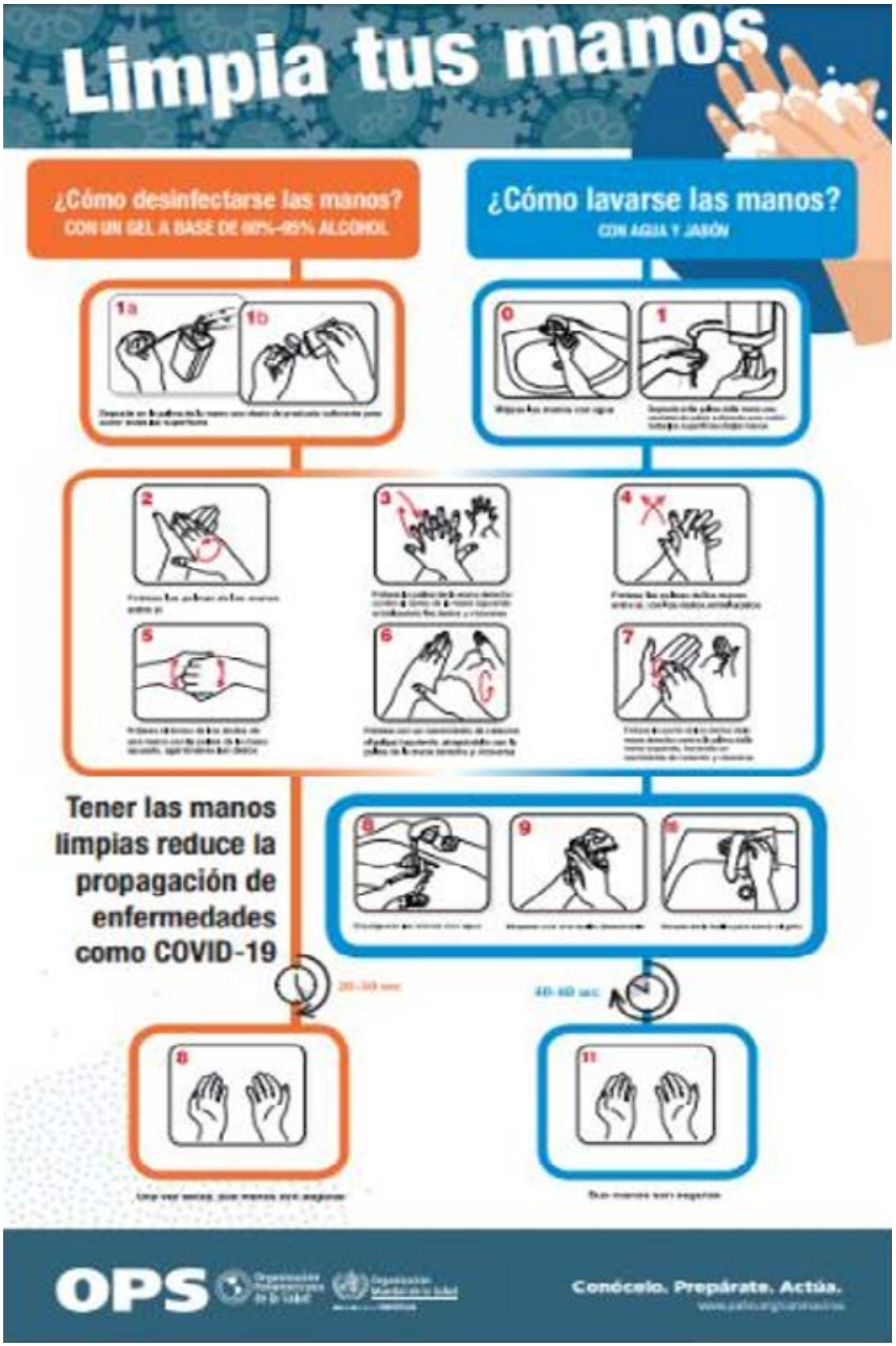
- Durante de la toma de temperatura
  - Ubicar el equipo delante de la persona a evaluar y establecer una distancia de 1 a 5 cm de la superficie a medir.
  - Accionar el botón para medir temperatura.
  - Verificar el valor mostrado en la pantalla de visualización.
  - Si presenta un valor de 38°C o más, prohibir el ingreso.

  Si va a realizar una nueva medición, puede repetir inmediatamente los pasos del 1 al 4; caso contrario se apagará automáticamente transcurrido unos segundos.

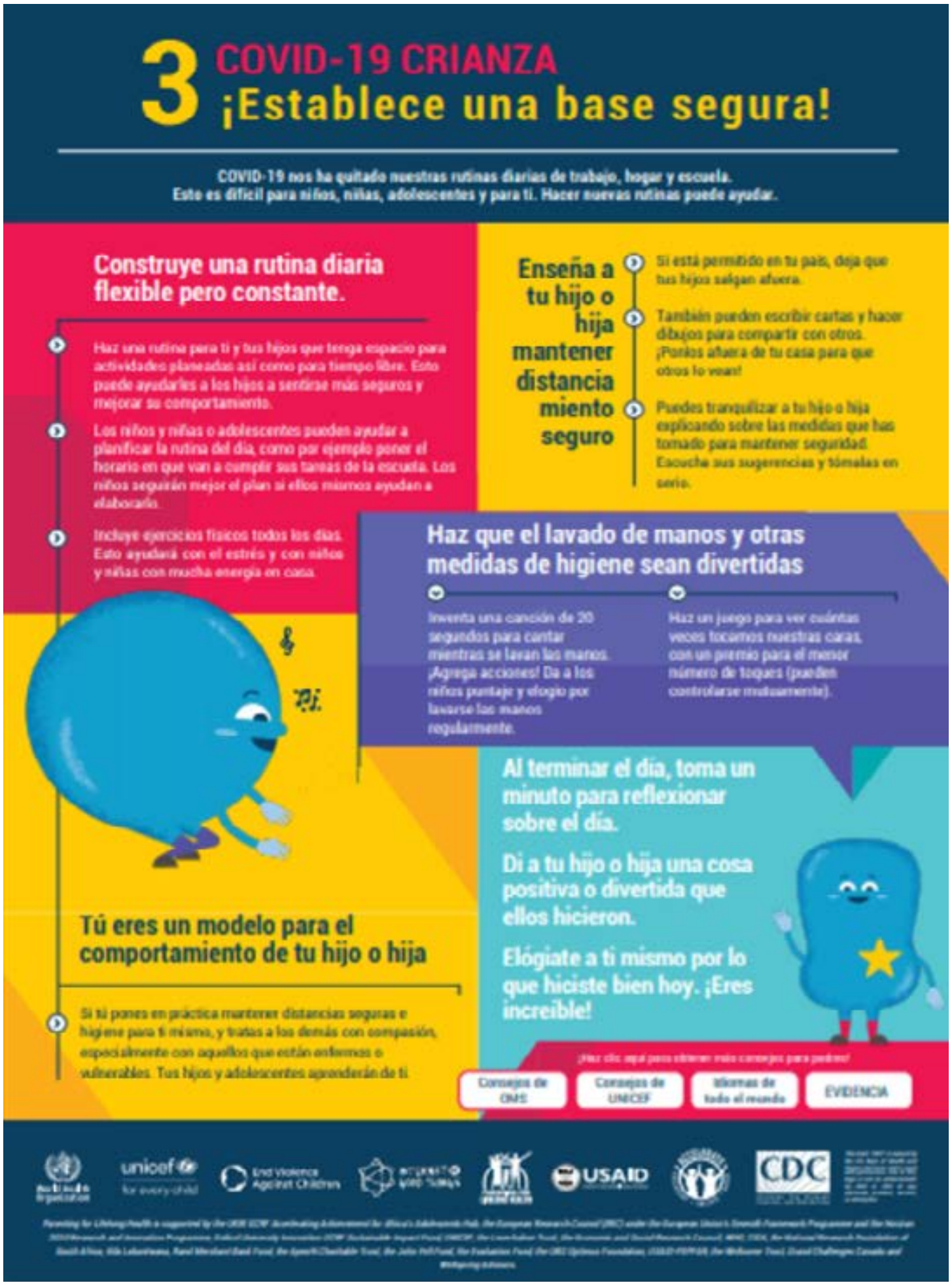
- Al finalizar la actividad
  - Se desinfecta y se guarda en el estuche.

## ANEXO 11:
**INFOGRAMAS OMS**

## ANEXO 11:
## INFOGRAMAS OMS



## ANEXO 11:
## INFOGRAMA

## ANEXO 11:
## INFOGRAMAS OMS

## ANEXO 11:
## INFOGRAMAS OMS