

## FORMULARIO INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CASO CONFIRMADO DE ROTAVIRUS

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre completo(\*): \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

RUN(\*): \_\_\_\_\_ Sexo(\*):  Mujer  Hombre

Fecha de nacimiento (\*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Edad(\*): \_\_\_\_ (años) \_\_\_\_ (meses)

Domicilio(\*): Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Comuna(\*): \_\_\_\_\_ Consultorio(\*): \_\_\_\_\_

Alimentación(\*):

Lactancia materna exclusiva

Lactancia mixta

Lactancia artificial

Alimentación variada

Asiste a jardín infantil(\*):  No  Sí

Nombre del jardín(\*): \_\_\_\_\_

Comuna(\*): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

Nº ficha clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la diarrea: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de término de la diarrea(\*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Se ignora  Egresó con diarrea

Fecha de hospitalización: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de alta(\*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Nº de días de permanencia para tratamiento de diarrea: \_\_\_\_

Nº de episodios de diarrea en las últimas 24 horas: \_\_\_\_

Sintomas al ingreso:

Fiebre:  Sí  No  Se desconoce

Vómitos:  Sí  No  Se desconoce

Características de las deposiciones:

Líquidas

Semilíquidas

Sanguinolentas

Otra

Estado al ingresar:  Sin deshidratación  Con deshidratación  Con deshidratación y choque

### TRATAMIENTO

Uso de antibiótico previo al ingreso hospitalario:  No  Se desconoce

Sí Cuál \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido al ingreso hospitalario(\*):  Plan B  Plan C

Recibió antibiótico en el hospital:  No  Sí Cuál \_\_\_\_\_

Complicaciones(\*):  No  Se desconoce  Sí

Ingresó a unidad de cuidados intensivos:  No  Sí Nº de días: \_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LABORATORIO**

Fecha toma de muestra: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Se desconoce \_\_\_ Sin toma de muestra \_\_\_

Fecha llegada de muestra al ISP (\*): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha del resultado ISP (\*): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado Rotavirus : \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo Serotipo (G/P): \_\_\_\_\_

Resultado Bacterias: \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo Cuáles: \_\_\_\_\_

Resultado Parásitos: \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo Cuáles: \_\_\_\_\_

**CLASIFICACIÓN FINAL(\*)**

\_\_\_ Caso aislado \_\_\_ Brote

**RESPONSABLE POR LA INFORMACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la investigación (\*): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**(\*) Datos obligatorios**