

## FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE ROTAVIRUS Y ENVÍO DE MUESTRA

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre y Apellidos(\*): \_\_\_\_\_

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

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

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

Domicilio(\*): Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Comuna(\*): \_\_\_\_\_ Consultorio al que corresponde(\*): \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o representante legal: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

N° ficha clínica(\*): \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la diarrea(\*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

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

Presencia de sangre en deposiciones:  No  Sí

### INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Fecha toma de muestra(\*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha envío ISP(\*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Técnica de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Resultado(\*):  Positivo  Negativo Otro: \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE POR LA INFORMACIÓN

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

Teléfono(\*): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico(\*): \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Nombre unidad o laboratorio: \_\_\_\_\_

(\*) Datos obligatorios