

**Ficha de investigación clínico epidemiológico y laboratorio**  
**Vigilancia centinela de la diarrea por rotavirus en menores del 5 años**

Sección A: Registro del paciente			1) Nro de ficha
2) DIRESA/DISA/GERESA:		3) Hospital centinela:	
4.5) Apellidos y Nombres:			6) DNI:
(7) Fecha nacimiento	(8) Fecha captación	9) Sexo(M/F) Edad	10) N° historia clínica
[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]	[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]	[ ] [ ]	[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]
11) Domicilio ( Dirección actual: Av/Calle/Psje/Sector/MZLTE y número)			
12) Referencia de llegada a domicilio		13) Teléfono fijo	14) Teléfono celular
15) Distrito	16) Provincia	17) Departamento/ Región	
18) Apellidos y nombres del padre o apoderado		19) DNI del padre o apoderado	
Sección B: Triaje		20) Peso actual	21) Talla actual
22) Tipo de lactancia Materno exclusiva [ ] Artificial [ ] Mixta [ ] Ninguna [ ]			23) ¿Niño esta en guardería? SI [ ] NO [ ]
24) Nombre de la guardería		25) Dirección o referencia para llegar a la guardería	
Sección C: Clínico epidemiológico		26) Fecha de ingreso hospitalización	27) Dias de permanencia
		[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]	[ ] [ ]
28) Estado nutricional al ingreso Desnutrición : SI [ ] NO [ ] Tipo: Crónica [ ] Aguda [ ] Tipo aguda: Leve [ ] Moderada [ ] Severa [ ]			
29) Antecedente de vacuna contra rotavirus Vacuna rotavirus : una dosis [ ] dos dosis [ ] ninguna dosis: [ ] Fecha de la última dosis [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]			
30) Fiebre SI [ ] NO [ ] Fecha de inicio de fiebre [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] Temperatura en °C [ ] No cuantificada [ ]			
31) Vómito SI [ ] NO [ ] Fecha de inicio de vómito [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] Veces de vómito últimas 24 horas [ ]			
32) Diarrea SI [ ] NO [ ] Fecha de inicio de diarrea [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] N° deposiciones últimas 24 horas [ ]			
33) Características de las deposiciones Heces líquidas [ ] Heces semilíquidas [ ] Sanguinolentas [ ] Pastosa [ ] Otras			
34) Automedicación: Tomo antibiotico antes de ingresar al hospital SI [ ] NO [ ] Desconoce [ ] Nombre del antibiótico Dosis/Día [ ] N° Dias [ ]			
35) Estado al ingresar Con deshidratación : SI [ ] NO [ ] Tipo: Leve [ ] Moderada [ ] Severa ( Deshidratación choque ) [ ]			
36) Tratamiento recibido al ingreso de atención PLAN "A" [ ] PLAN "B" [ ] PLAN "C" [ ]			
37) Recibió antibiótico en hospital SI [ ] NO [ ] Nombre del antibiótico			
38) Hubo complicaciones SI [ ] NO [ ] Desconoce [ ] Cúal			
39) Ingreso a unidad de cuidados intensivos SI [ ] NO [ ] Desconoce [ ] N° Dias [ ]			
40) Fecha de término de la diarrea [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] Desconoce [ ] Firma y sello de médico tratante:			
41) Alta con diarrea SI [ ] NO [ ] Fecha de alta [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]			
42) Otro motivo de alta Mejoria [ ] Solicitada [ ] Defunción [ ] Fecha de defunción [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]			
Sección D: Laboratorio		43) Obtuvo muestra de heces SI [ ] NO [ ]	Fecha de obtención de muestra [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]
46) Se identificó Rotavirus por ELISA SI [ ] NO [ ] Fecha ELISA [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]		47) Se identificó otro virus enterico SI [ ] NO [ ] Cual:	
48) Tipificación molecular Serotipo G [ ] Serotipo P [ ] Fecha de tipificación [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ] No se tipifico [ ]			

Nombre del Personal de Lab. receptor de muestra.....  
 Fecha y Hora de Recepción de muestra.....