



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PROGRAMA AMPLIADO DE ANUNIZACIONES - INSTITUTO DE BIOLOGIA MOLECULAR
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIARREA POR ROTAVIRUS



Ficha Clínica Epidemiológica

DATOS AL INGRESO

1. FECHA DE INGRESO: ____/____/____ (dd/mm/aa)
2. HOSPITAL: _____ 3. N° HISTORIA CLÍNICA O REGISTRO _____
4. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE _____
6. FECHA DE NAC: ____/____/____ (dd/mm/aa) 7. EDAD: _____ (meses) 5. SEXO: F ☐ M ☐

B. DATOS EN LA HOSPITALIZACIÓN

8. FECHA DE INICIO DE LA DIARREA ____/____/____ (dd/mm/aa) 9. MÁXIMO N° DE DEPOSICIONES EN 24 HRS.: _____
10. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN CON DIARREA: _____
11. VÓMITOS: SI ☐
NO ☐ 12. MÁXIMO N° DE VÓMITOS EN 24 HRS.: _____
13. ESTADO DE HIDRATACIÓN AL INGRESO: SIN DESHIDRATACIÓN ☐
CON DESHIDRATACIÓN ☐
CON DESHIDRATACIÓN GRAVE ☐
SHOCK ☐
14. TRATAMIENTO DE LA DIARREA: PLAN A ☐
PLAN B ☐
PLAN C ☐
15. COMPLICACIONES DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO ☐
ACIDOSIS METABÓLICA ☐
16. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN UTI: _____
17. FECHA DE EGRESO DEL HOSPITAL: ____/____/____ (dd/mm/aa)
18. AL EGRESO EL NIÑO PRESENTA AUN DIARREA SI ☐
NO ☐
19. MOTIVO DE ALTA: MÉDICA ☐
SOLICITADA ☐
DEFUNCIÓN ☐
TRANSFERENCIA ☐
DESCONOCIDA ☐

C. TOMA DE MUESTRA

20. NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENO LA FICHA _____
21. FIRMA _____

FICHA PARA ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE _____
N° HISTORIA CLÍNICA O REGISTRO _____
ROTAVIRUS POSITIVO ☐ FECHA DE TOMA DE MUESTRA ____/____/____ (dd/mm/aa)
NEGATIVO ☐

NOTA: ENVIAR LA FICHA CON LA MUESTRA

HISTORIA CLÍNICA