



Ficha de Notificación e Investigación DIARREAS POR ROTAVIRUS (CIE 10 – A08.0)

Código VINUVA						
A ser llenado por el Hospital Centinela						

Se considera enfermedad diarreica aguda, como la presencia de 3 o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 24 horas, con una duración no mayor de 14 días antes de su ingreso al hospital

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITU	CIÓN QUE NOTIFICA	(UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)			
País:,					
Departamento	Establecimiento de salud que notifica				
Municipio:	Teléfono del establecimiento que notifica				
Red/Gerencia de Salud	Notificado por: No. Tel				
Fecha de: Consulta/	Notificación Local / / Notificación Nacional / Nes Año				
Localidad/Barrio/Ciudad			1=Público		
	de Institución 2=Privado que notifica: 88=Otro Especifique				
II INFORMACIÓN DEL PACIENTE	(UTILIZAR LA CODIFICACIÓ	N PARA COMPLETAR TODOS LOS	RECUADROS)		
	•		•		
Nombre y apellidos					
Sexo 1=Masculino 2=Femenino	Si no se c // nacimient nacimient	conoce la fecha de o, edad	Años Meses		
Dirección actual		Fipo de localidad1=Urbar	no 2=Periurbano		
	Ciudad __		Teléfond	D:	
III HISTORIA VACUNAL (ES IMPO	APTANTE HACEP TODO LO NE	CCESADIO DADA ODTENED ESTA IN	EODMACIÓN)		
		OMPLETAR TODOS LOS RECUADRO			
Vacuna Antirotavírica	Fecha de última dosi	s Establecimiento o vacunación		nte de información sobre la vacunación	
Dosis 1	/			1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro, cuaderno de	
2=No 99=Desconocido	/	-		vacunación del establecimiento de salud 3=Verbal	
IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIE	NTE (UTILIZAR LA CODII	FICACIÓN PARA COMPLETAR TOD	OS LOS RECUADROS)		
	-		-		
1=Sí 2=No					
Fecha de admisión Día Mes Año	Tuvo Diarrea aguda	Necesitó cuidados inter	nsivos LJ		
Fecha de inicio de diarrea Día Mes SIGNOS / SÍNTOMAS	Año No. máximo de o	deposiciones en 24 horas	Días de hospitali	zación con diarrea	
Número máximo de vómitos en 24 hrs.			Sangre en Heces		
Vómitos			SI 🗆		
Estado de deshidratación			NO \square		
Leve Moderada Grave					
Tratamiento para la diarrea: ¿Se le dio terapia de rehidratación?					
		_			
Plan B		Plan C			
SRO/Oral/ Fluidos intravenosos Ambos (líquidos SRO e IV)					
Otros Especificar					
Complicaciones:Desequilibrio electrolíti	co Acidosis metabólic	a Ninguna			

CONDICIÓN DE EGRES	SO DEL PACIENTE							
Restablecido (vivo)								
Transferido								
Alta solicitada								
	Fecha del alta//							
Fallecido								
Fecha de fallecimiento	/							
V DATOS DE LABORATORIO (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)								
Tipo de Muestra	Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado			
	/	/	/	/				
	Día Mes Año	//_ Día Mes Año	/	//				
Genotipo	Si se ha co	nfirmado otra causa, e						
Laboratorio que procesa las muestras Lab de referencia								
NOTA:								
Investigador: Nombre:	Cargo: Firma y sello:							
Correo electrónico Teléfono / Celular								
Fecha de Investigación: _	Día Mes Año							
Comentarios:								