

Anexo 4

Formulario de notificación del caso y envío de muestra

Datos del paciente:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad: ____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

RUT del paciente: _____ Dirección: _____

Comuna: _____ Consultorio al que corresponde: _____

Nombre de la madre: _____

Teléfono: _____ Otro Teléfono: _____

Fecha de ingreso al hospital: ____ / ____ / ____

No. de ficha clínica: ____ Fecha de inicio de la diarrea: ____ / ____ / ____

Presencia de sangre en deposiciones: SI ____ NO ____ Otro: _____

Datos de Laboratorio:

Fecha Toma Muestra: ____ / ____ / ____

Técnica de diagnóstico: _____

Resultado: Positivo ____ Negativo: ____ Otro: ____

Nombre del Hospital: _____ Unidad o Laboratorio: _____

Responsable por la información: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Uso exclusivo ISP

Fecha envío muestra al ISP: ____ / ____ / ____

No. Registro Virología ISP: _____

Caso confirmado: _____

Caso descartado: _____