

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA - ESTRATEGIA NuTraVe

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ TIPO DE DERECHOHABIENTE/ _____ FOLIO DE PLATAFORMA: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ SEXO: EDAD: AÑOS MESES
DÍA MES AÑO

DOMICILIO ACTUAL

CALLE: _____ COLONIA: _____
NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR

ENTIDAD: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

¿ES INDÍGENA? 1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE ¿HABLA LENGUA INDÍGENA? 1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE ¿CUÁL? _____

¿ES UN CASO BINACIONAL? 1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE PAÍS: _____ ESTADO O CIUDAD: _____

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ HOSPITAL DEL NIÑO _____ INSTITUCIÓN: _____ SSA _____ CLUES: _____ CLSSA001136

ENTIDAD: _____ COAHUILA _____ JURISDICCIÓN: _____ 8 - SALTILLO _____ MUNICIPIO: _____ SALTILLO _____ LOCALIDAD: _____ SALTILLO

SERVICIO DE INGRESO: 1=CONSULTA A EXTERNA 2=CONSULTA DE URGENCIAS 3=OBSERVACIÓN DE URGENCIAS 4=HOSPITALIZACIÓN

III. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: SEMANA DE NOTIFICACIÓN:
DÍA MES AÑO

IV. DIAGNÓSTICO INICIAL / FINAL

DIAGNÓSTICO PROBABLE: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (A09) _____ DIAGNÓSTICO FINAL: _____

V. ANTECEDENTE VACUNAL (LLENAR SÓLO EN <5 AÑOS)

¿CUENTA CON APLICACIÓN DE VACUNA ANTIRROTAVIRUS? 1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTILLA 2=COMPROBANTE 3=CENSO NOMINAL

TIPO DE VACUNA:

ROTARIX:	1a. DOSIS	2a. DOSIS	ROTATEQ:	1a. DOSIS	2a. DOSIS	3a. DOSIS
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<small>DÍA MES AÑO</small>	<small>DÍA MES AÑO</small>		<small>DÍA MES AÑO</small>	<small>DÍA MES AÑO</small>	<small>DÍA MES AÑO</small>

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

PROCEDENCIA: 1=LOCAL (MISMA ENTIDAD) 2=FORÁNEO (OTRA ENTIDAD, MISMO PAÍS) 3=IMPORTADO (OTRO PAÍS)

¿HA VISITADO LUGARES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? 1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE FECHA EN QUE VISITÓ
DÍA MES AÑO

SI ES IMPORTADO (OTRO PAÍS) PAÍS: _____ CIUDAD O LUGAR: _____

SI ES FORÁNEO (OTRO ESTADO) ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

OCCUPACIÓN: _____ NINGUNA _____ COMORBILIDADES: 1=DIABETES 2=VIH/SIDA 3=DESNUTRICIÓN 4=CÁNCER 5=OTRAS INMUNOSUPRESIONES 6=NINGUNA 9=SE IGNORA

¿EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD? 1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE

SITIO PROBABLE DE CONTAGIO: 1=HOGAR 2=ESCUELA 3=GUARDERÍA 4=TRABAJO 5=OTRO 9=SE IGNORA ÚLTIMA FECHA EN LA QUE ACUDIÓ AL SITIO:
DÍA MES AÑO

*1=SI 2=NO 9=SE DESCONOCE

PROBABLE FUENTE DE INFECCIÓN*: ALIMENTOS AGUA HIELO ESPECIFIQUE: _____

TIPO DE ALIMENTO CONSUMIDO*: PESCADOS MARISCOS CARNES FRUTAS VERDURAS OTRO _____

SITIO DE CONSUMO*: HOGAR ESCUELA GUARDERÍA TRABAJO CALLE _____

NOMBRE DEL SITIO DE CONSUMO: _____ HOGAR _____ DIRECCIÓN: _____ MISMO DOMICILIO _____ FECHA DE CONSUMO:
DÍA MES AÑO

PROCEDENCIA DEL AGUA DE CONSUMO*: RÍO POZO AGUA ENTUBADA TRABAJO

TRATAMIENTO DEL AGUA DE CONSUMO*: NO TRATADA CLORA HIERVE FILTRA

ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN DOMICILIO*: DRENAJE FOSA SÉPTICA FECALISMO LIBRE

VII. DATOS CLÍNICOS

FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INICIO
DÍA MES AÑO

MANEJO: 1=AMBULATORIO 2=OBSERVACIÓN EN URGENCIAS 3=HOSPITALIZADO FECHA DE INGRESO: FECHA DE EGRESO:
DÍA MES AÑO

PARA <5 AÑOS: PESO KG TALLA CM GRADO DE DESNUTRICIÓN: 1=SIN DESNUTRICIÓN 2=LEVE 3=MODERADA 4=SEVERA

PIE: 1=SI 2=NO TEMPERATURA: °C TRATAMIENTO: 1=SINTOMÁTICO 2=ANTIBIÓTICO ESPECIFIQUE: _____

DURACIÓN DE LA DIARREA: DÍAS N° DE EVACUACIONES EN 24HRS: ASPECTO: 1=AGUA DE ARROZ 2=CON SANGRE 3=CON MOCO 4=CON MOCO Y SANGRE 5=AMARILLA 6=AMARILLO-VERDOSA

PRESENCIA DE: 1=CALAMBRES 2=CALAMBRES/VÓMITO 3=DOLOR ABDOMINAL 4=DOLOR ABD./CALAMBRES N° DE VÓMITOS EN 24HRS: DURACIÓN DEL VÓMITO: DÍAS

5=DOLOR ABD./CALAMB./VÓMITO 6=DOLOR ABD./VÓMITO 7=VÓMITO

DESHIDRATACIÓN: 1=SI 2=NO GRADO DE DESHIDRATACIÓN: 1=LEVE 2=MODERADA 3=SEVERA PLAN DE HIDRATACIÓN: 1=PLAN A 2=PLAN B 3=PLAN C CHOQUE: 1=SI 2=NO

VIII. DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO

¿SE TOMÓ MUESTRA DE DOS HISOPOS RECTALES O FECALES? 1=SI 2=NO

FECHA DE TOMA:
DÍA MES AÑO

PARA <5 AÑOS:

¿SE TOMÓ MUESTRA FECAL PARA BÚSQUEDA DE VIRUS? 1=SI 2=NO

FECHA DE TOMA:
DÍA MES AÑO



ÚNICAMENTE A SER LLENADO POR EL LABORATORIO

LABORATORIO QUE PROCESÓ LA MUESTRA LOCAL LESP

FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRA: CALIDAD: 1=ADECUADA 2=INADECUADA
DÍA MES AÑO

RESULTADOS: 1=POSITIVO 2=NEGATIVO

FECHA
DÍA MES AÑO

<input type="checkbox"/>	Salmonella	SEROGRUPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Shigella	ESPECIE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae	SEROGRUPO:	<input type="text"/>	SEROTIPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Vibrio parahaemolyticus					
<input type="checkbox"/>	Escherichia coli					
<input type="checkbox"/>	Rotavirus	GRUPO:	<input type="text"/>	ELECTROFEROTIPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Otro agente	ESPECIFIQUE:	<input type="text"/>			

FECHA DE CAPTURA: FECHA DE ENVÍO AL INDRE:
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO



ÚNICAMENTE A SER LLENADO POR EL INDRE

FECHA DE RECEPCIÓN EN EL INDRE:
DÍA MES AÑO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

FECHA
DÍA MES AÑO

SEROTIPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEROTIPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOXIGENICIDAD:	<input type="checkbox"/> 1=SI 2=NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOXIGENICIDAD:	<input type="checkbox"/> 1=SI 2=NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PATOTIPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GENOTIPO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTRO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. ESTUDIO DE CONTACTOS

NO.	NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO	EDAD		SEXO		CONTACTO		¿ES CASO?		PROFILAXIS	
			AÑOS	MESES	MASC	FEM	INTRA	EXTRA	SI	NO	SI	NO
1												
2												
3												
4												
5												

X. EVOLUCIÓN

ESTABLE: MEJORÍA: GRAVE: DEFUNCIÓN: FECHA DE DEFUNCIÓN: FOLIO DEL CERTIFICADO:
DÍA MES AÑO

XI. OBSERVACIONES

XII. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

NOMBRE DE QUIEN ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____



**LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
CARLOS ABEDROP DÁVILA**

CALLE ESQ. DÁMASO RODRÍGUEZ S/N
CENTRO METROPOLITANO C.P. 25022
SALTILLO, COAHUILA, MÉXICO
TEL. Y FAX. 01 (844) 412-1831 Y 412-1239
Correo Electrónico: lespcoah@salud.gob.mx



F-RM-001/1

SOLICITUD DE SERVICIOS DE LABORATORIO

JURISDICCIÓN QUE ENVÍA: 08 - SALTILLO

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE			
INSTITUCIÓN:	SSA	UNIDAD:	HOSPITAL DEL NIÑO
PERSONA RESPONSABLE DEL ENVÍO:	0		
CALLE:	BLVD. NAZARIO ÓRTIZ GARZA S/N	COLONIA:	DOCTORES
POBLACIÓN:	SALTILLO	ESTADO:	COAHUILA
TELÉFONO:	(844) 415-6150	MÓVIL:	FAX:

DATOS DEL PACIENTE			
Nº AFILIACIÓN O EXPEDIENTE	0	FOLIO DE PLATAFORMA SiNaVE	0
NOMBRE:	0	0	0
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
DIRECCIÓN:	0		
ENTRE CALLE:	0	Y CALLE:	0
CIUDAD:	0	ESTADO:	0
FECHA DE NACIMIENTO:	0	CURP:	0
	DÍA MES AÑO	OCUPACIÓN:	NINGUNA
GÉNERO:	0	HOSPITALIZACIÓN:	0
		SITUACIÓN DEL PACIENTE:	

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA			
TIPO	SUERO:	SANGRE:	ORINA:
ESPUTO	CON SANGRE:	MUCOPURULENTO:	GARGARISMO:
HECES	SÓLIDA:	PASTOSA:	LÍQUIDA:
OTRAS	PIEL CABELLUDA:	PIEL:	UÑAS:
MUESTRA	ÚNICA:	PAREADA:	1ª
CANTIDAD	SUFICIENTE:	INSUFICIENTE:	ORIGEN HUMANA:

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:	<u>DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (A09)</u>
ESTUDIO(S) SOLICITADO(S):	<u>Cultivo de Vibrio cholerae / Enterobacterias (Estrategia NuTraVE)</u>

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO			
DIAGNÓSTICO:	<input checked="" type="checkbox"/>	BROTE:	<input type="checkbox"/>
ENCUESTA O INVESTIGACIÓN:	<input type="checkbox"/>	REFERENCIA:	<input type="checkbox"/>
FECHA DE TOMA:	0	CONTROL DEL TRATAMIENTO:	<input type="checkbox"/>
	DÍA MES AÑO	CONTROL DE CALIDAD:	<input type="checkbox"/>
INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS:	0	ENVÍO:	29
	DÍA MES AÑO		1
			2020
		RECEPCIÓN:	
			DÍA MES AÑO
¿HA ESTADO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? <input type="checkbox"/>			
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: <input type="checkbox"/> Y LUGAR GEOGRÁFICO: _____			
¿EFECTUÓ ALGÚN VIAJE 5 DÍAS PREVIOS A LA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/>			
ESPECIFIQUE LOS LUGARES VISITADOS: _____			
EXPOSICIÓN CON ANIMALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ESPECIFIQUE ANIMAL: _____			



**LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA
CARLOS ABEDROP DÁVILA**

CALLE ESQ. DÁMASO RODRÍGUEZ S/N
CENTRO METROPOLITANO C.P. 25022
SALTILLO, COAHUILA, MÉXICO
TEL. Y FAX. 01 (844) 412-1831 Y 412-1239
Correo Electrónico: lespcuah@salud.gob.mx



F-RM-001/1

SOLICITUD DE SERVICIOS DE LABORATORIO

JURISDICCIÓN QUE ENVÍA: 08 - SALTILLO

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

INSTITUCIÓN: SSA UNIDAD: HOSPITAL DEL NIÑO
 PERSONA RESPONSABLE DEL ENVÍO: 0
 CALLE: BLVD. NAZARIO ORTIZ GARZA S/N COLONIA: DOCTORES
 POBLACIÓN: SALTILLO ESTADO: COAHUILA
 TELÉFONO: (844) 415-6150 MÓVIL: FAX:

DATOS DEL PACIENTE

Nº AFILIACIÓN O EXPEDIENTE 0 FOLIO DE PLATAFORMA SiNaVE 0
 NOMBRE: 0 0 0
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
 DIRECCIÓN: COLONIA: 0
 ENTRE CALLE: 0 Y CALLE: CP: 0
 CIUDAD: 0 ESTADO: 0 TEL: 0 MÓVIL: 0
 FECHA DE NACIMIENTO: 0 0 0 CURP: 0 OCUPACIÓN: NINGUNA
DÍA MES AÑO
 GÉNERO: 0 HOSPITALIZACIÓN: 0 SITUACIÓN DEL PACIENTE: 0

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

TIPO SUERO: SANGRE: ORINA: EXUDADO: TEJIDO: LCR:
ESPUTO CON SANGRE: MUCOPURULENTO: GARGARISMO: SALIVA:
 LAVADO NASOFARINGEO: LAVADO GÁSTRICO: LAMINILLA: IMPRONTA:
HECES SÓLIDA: PASTOSA: LÍQUIDA: OTRA:
OTRAS PIEL CABELLUDA: PIEL: UÑAS: CEPA: TEJIDO CEREBRAL:
MUESTRA ÚNICA: PAREADA: 1ª 2ª 3ª OTRAS:
CANTIDAD SUFICIENTE: INSUFICIENTE: **ORIGEN** HUMANA: ANIMAL:

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO (A09)
 ESTUDIO(S) SOLICITADO(S): Detección de Rotavirus por Rotaforesis - (Estrategia NuTraVE)

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO

DIAGNÓSTICO: BROTE: REFERENCIA: CONTROL DEL TRATAMIENTO:
 ENCUESTA O INVESTIGACIÓN: CONTROL DE CALIDAD: Resultados del Control de Calidad
 1.-
 2.-
 FECHA DE TOMA: 0 0 0
DÍA MES AÑO
 INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: 0 0 0 ENVÍO: 29 1 2020 RECEPCIÓN:
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO
 ¿HA ESTADO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? 0
 EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: Y LUGAR GEOGRÁFICO:
DÍA MES AÑO
 ¿EFECTUÓ ALGÚN VIAJE 5 DÍAS PREVIOS A LA ENFERMEDAD? 0
 ESPECIFIQUE LOS LUGARES VISITADOS:
 EXPOSICIÓN CON ANIMALES: SI NO ESPECIFIQUE ANIMAL:

EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE

¿SUFRIÓ AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO?
 SI NO

SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: _____

NÚMERO DE PERSONAS EN CONTACTO CON EL ANIMAL: _____

EDAD DEL ANIMAL _____ FECHA DE MUERTE:
DEL ANIMAL DÍA MES AÑO

CAUSA DE LA MUERTE: _____ TIPO DE VACUNA: _____

FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS:
DÍA MES AÑO

SIGNOS DEL ANIMAL AGRESOR:

AGRESIVIDAD FOTOFOBIA HIDROFOBIA

ANOREXIA AEROFOBIA SALIVACIÓN PROFUSA

INCOORDINACIÓN INQUIETUD PARÁLISIS

MANDÍBULA CAÍDA SALIVACIÓN LÍQUIDA

ESTADO DE ENFERMEDAD

SINTOMÁTICO ASINTOMÁTICO

AGUDO CRÓNICO

CONVALECIENTE RECAÍDA

LOCALIZADO DISEMINADO

EXTRAINTestinal DEFUNCIÓN **0**

EMBARAZO FUM
DÍA MES AÑO

OTROS: _____

EN CASO DE SOSPECHA DE TUBERCULOSIS CONTESTE LO SIGUIENTE

A RECIBIDO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS SI NO

FECHA DE LA ÚLTIMA TOMA
DÍA MES AÑO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE ¿CUÁL(ES)?

ESTREPTOMICINA ISONIAZIDA RIFAMPICINA

ETAMBUTOL PIRAZINAMIDA ETIONAMIDA

OTRAS: _____

EXCLUSIVA DE LLENADO POR EL LABORATORIO QUE REALIZA LA PRUEBA

RESULTADOS:

BACILOSCOPIA NEGATIVO:

POSITIVO + ++ +++

CULTIVO NEGATIVO: POSITIVO Nº COLONIAS (1-19)

POSITIVO + ++ +++ CONTAMINADO

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD

ESTREPTOMICINA ISONIAZIDA RIFAMPICINA

ETAMBUTOL PIRAZINAMIDA ETIONAMIDA

OTRAS: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE RESULTADO:
DÍA MES AÑO

GENERALES

CEFALEA SUDORACIÓN PROFUSA

MIALGIAS DOLOR RETROOCULAR

ARTRALGIAS HEMOPTISIS

FATIGA VESICULAS

POSTRACIÓN URETRITIS

ESCALOFRÍO FLUJO VAGINAL

CIANOSIS ÚLCERAS

CONJUNTIVITIS CHANCRÓIDE

HEPATOMEGALIA DOLOR MICCIONAL

ESPLENOMEGALIA SÍNDROME DE CONSUMO

EDEMA SÍNDROME DE CONSUMO

LINFADENOPATÍA SX. URÉMICO HEMOLÍTICO

ICTERICIA MALFORMACIONES CONG.

CORIORRETINITIS CORIZA

LESIÓN DE MUCOSAS NTEC. DE MEGASÍNDROM

FACTORES (ASOCIADOS) DE RIESGO:

DONADOR HEMOFÍLICO ETEROSEXUAL PROMISCUO

HOMOSEXUAL BISEXUAL PROSTITUTA (O)

USO DE DROGAS

FIEBRE

FECHA DE INICIO:
DÍA MES AÑO

TEMPERATURA: 0 DURACIÓN: _____

DÍAS DE PERIODICIDAD: _____

ANTECEDENTES VACUNALES:

TIPO DE VACUNA: _____

FECHA DE VACUNACIÓN:
DÍA MES AÑO

NOTAS ADICIONALES: (Resultados de laboratorio y gabinete importantes del caso)

EXANTEMA

MACULAR PAPULAR VESICULAR

ERITEMATOSO COSTRA PÚSTULA

KÖPLIK INICIO:
DÍA MES AÑO

TRATAMIENTO:

¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ESPECÍFICO? 0

¿CUÁL? _____ 0

FECHA DE INICIO:
DÍA MES AÑO

FECHA DE TÉRMINO:
DÍA MES AÑO

DOSIS: CONVENCIONAL ESPECIAL

ESPECIFIQUE: _____

HEMORRAGIAS Y ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

PETEQUIAS MELENA METORRAGIA

EQUIMOSIS HEMATURIA RECTORRAGIA

EPISTAXIS HEMATEMESIS ASCITIS

TROMBOCITOPENIA HEMOCONCENTRACIÓN

EOSINOFILIA GINGIVORRAGIA

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

CRISIS CONVULSIVA MENINGITIS HIDROCEFALIA

CAMBIO DE CONDUCTA PARÁLISIS INCOORDINACIÓN

COMA FOTOFOBIA HIDROFOBIA

RESPIRATORIO

RINITIS DISNEA TOS CIANOSIS

RINORREA FARINGITIS DISFONÍA

CONG. NASAL APNEA NEUMONÍA

GASTROINTESTINAL

DIARREA MUCOSA SANGUIN.

PROLONGADA (MÁS DE 1 SEMANA)

N.º EVACUACIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 H 0

N.º CUADROS DIARRÉICOS DURANTE EL A _____

CONSTIPACIÓN ANOREXIA DOLOR ABD.

VÓMITO DESHIDRATACIÓN
LEVE MOD. SEV.

OBSERVACIONES

A) No se recibirá muestra alguna si no viene acompañada de este formulario. B) Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formulario. C) Utilizar letra de molde en el formulario y en la etiqueta de la muestra. D) La muestra debe identificarse utilizando una cinta adhesiva escrita con lápiz. DONDE INCLUYA DATOS RELEVANTES COMO: 1) Nombre o Clave; 2) Diagnóstico Presuntivo; 3) Fecha de Toma; 4) Tipo de Muestra, indicando también si es 1ª, 2ª o 3ª; 5) Si es cepa, anotar la fecha de siembra. E) Enviar muestra a adecuada y en cantidad suficiente al estudio solicitado.