

DATOS GENERALES													
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha Notificación:			Día	Mes	Año	Área de Salud:						
	Distrito:						Servicio:						
	RESPONSABLE DE LLENADO DEL INSTRUMENTO Nombre:						Cargo:						
DATOS PACIENTE													
INFORMACION DEL PACIENTE	Nombres:				Apellidos:				Sexo:	M		F	
	RESIDENCIA:												
	Departamento:				Municipio:				Poblado:				
Lugar de Residencia Dirección:								Pueblo:					
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD			MADRE, PADRE O ENCARGADO				Teléfono:			
Día	Mes	Año	Años	Meses	Días	Nombre:							
INFORMACION CLINICA													
HOSPITALIZACIÓN:		SI		NO		Expediente clínico hospital:							
Fecha Hospitalización				Fecha inicio de diarrea				Semana Epidemiológica					
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año								
Número máximo de episodios de diarrea en el peor día de enfermedad:						Duración de diarrea:			días				
VOMITO	¿Tiene vómitos?	SI		NO		Número de vómitos (últimas 24 Hrs.)			Tiempo de evolución		días		
TEMPERATURA	Temperatura corporal		SI		NO		Temperatura						
	Oral												
	Anal												
	Axilar												
ATENCION	¿Recibió atención previa?		SI		NO	¿Dónde recibió la atención?							
	Ingreso a unidad de cuidados intensivos		SI		NO	Fecha de Ingreso a unidad de cuidados intensivos:				/	/	/	
	¿Estado de deshidratación del niño/a?		Sin deshidratación			Con deshidratación			Con deshidratación y choque				
			Otros diagnósticos										
TRATAMIENTOS													
TERAPIA	Terapia aplicada				SI	NO	Terapia aplicada				SI	NO	
	Plan A (Tratamiento Ambulatorio)						Plan C (Rehidratación con suero intravenoso)						
	Plan B (rehidratación oral o vía sonda nasogástrica)												
VACUNACION	¿Fue vacunado?		SI		NO	No sabe		¿Dónde?					
	Tipo de Vacuna	Rotarix		Rotateq		No. Dosis							
	Fecha 1ª. Dosis			Fecha 2ª. Dosis			Fecha 3ª. Dosis						
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
ANTIBIOTICOS	Tratamiento				SI	NO	No sabe	¿Cuáles?					
	¿Recibió antibiótico previamente?												
	¿Recibió antibiótico en este hospital?												
DIAGNOSTICO													
LABORATORIO	ID Muestra de heces				¿Volumen suficiente de heces?				SI		NO		
	Prueba	Tipo de Muestra	Fecha de Recolección	Fecha de Recepción Laboratorio	Fecha de resultados	Resultados							
		Rápida	/ /	/ /	/ /								
		Elisa	/ /	/ /	/ /								
		Otros	/ /	/ /	/ /								
	¿Se envió muestra a Laboratorio Nacional?				SI		NO	Fecha de envió:		/	/		
	LABORATORIO NACIONAL DE SALUD												
	Prueba	Tipo de Muestra	Fecha de Recolección	Fecha de Recepción Laboratorio	Fecha de resultados	Resultados							
		Elisa	/ /	/ /	/ /								
		Otros	/ /	/ /	/ /								
	Genotipo	/ /	/ /	/ /									
CLASIFICACION													
DIAGNÓSTICO	Clasificación Final del Caso:				Confirmado para otros Virus								
	Comentarios:												
EGRESO	Estado de Egreso:	Vivo		Muerto		Contraindicado		Fecha de Egreso:	/	/	/		