

Información del Paciente

| | | | |
|---------------------|--|---------------|----------------------|
| RUT | <input type="text"/> | DIRECCIÓN | <input type="text"/> |
| NOMBRES | <input type="text"/> | REGIÓN | <input type="text"/> |
| APELLIDO PATERNO | <input type="text"/> | CIUDAD/REGIÓN | <input type="text"/> |
| APELLIDO MATERNO | <input type="text"/> | COMUNA | <input type="text"/> |
| SEXO | <input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO | TELÉFONO | <input type="text"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO | <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | PREVISIÓN | <input type="text"/> |
| EDAD | <input type="text"/> AÑOS | | |

Datos de la Procedencia

| | | | |
|------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| ESTABLECIMIENTO | <input type="text"/> | PROFESIONAL RESPONSABLE | <input type="text"/> |
| DIRECCIÓN | <input type="text"/> | CORREO ELECTRÓNICO | <input type="text"/> |
| REGIÓN | <input type="text"/> | FONO LABORATORIO | <input type="text"/> |
| CIUDAD/LOCALIDAD | <input type="text"/> | FAX LABORATORIO | <input type="text"/> |
| COMUNA | <input type="text"/> | SERVICIO CLÍNICO | <input type="text"/> |

Información Clínica

| | | | |
|------------------------|----------------------|---------------------|---|
| FECHA INICIO (FIEBRE): | <input type="text"/> | FECHA 1° CONSULTA | <input type="text"/> |
| FECHA HOSPITALIZACIÓN | <input type="text"/> | FALLECIDO | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| FECHA INICIO EXANTEMA: | <input type="text"/> | FECHA FALLECIMIENTO | <input type="text"/> |

Cuadro Clínico

| | SI | NO | | SI | NO |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| FIEBRE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DOLOR RETROORBITARIO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CALORÍOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | COMPROMISO CONCIENCIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SUDORACIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CEFALEA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PETEQUIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MIALGIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ERUPCIÓN CUTÁNEA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ARTRALGIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SINTOMAS RESPIRATORIOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INYECCIÓN CONJUNTIVAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SHOCK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIARREA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ICTERICIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NAUSEAS, VÓMITOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | COMPROMISO RENAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CONVULSIONES GRALIZADAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DOLOR ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIFICULTAD RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | OTROS | <input type="text"/> | |

Información de Tipo de Muestra

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|----------------------|-----------|----------------------|
| FECHA TOMA DE MUESTRA | <input type="text"/> | <input type="radio"/> SUERO <input type="radio"/> ORINA | | | |
| SEROLOGIA IgM LOCAL DENGUE | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | FECHA | <input type="text"/> | RESULTADO | <input type="text"/> |
| OTROS MÉTODOS (ESPECIFICAR) | <input type="text"/> | RESULTADO | <input type="text"/> | | |

Investigación Epidemiológica

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------|---|---------|----------------------|--------|----------------------|
| VIAJE RECIENTE ISLA DE PASCUA | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | LLEGADA | <input type="text"/> | SALIDA | <input type="text"/> | | |
| VIAJE RECIENTE EXTRANJERO | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | PAIS | <input type="text"/> | LLEGADA | <input type="text"/> | SALIDA | <input type="text"/> |
| LUGAR DE RESIDENCIA 30 DÍAS PREVIO AL INICIO DE SÍNTOMAS | <input type="text"/> | | | | | | |
| CASO FEBRIL ACTUAL EN EL GRUPO FAMILIAR | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | ANTECEDENTE DENGUE | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SABE | | | | |
| VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | FECHA VACUNACIÓN | <input type="text"/> | | | | |
| EMBARAZADA | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | SEMANAS DE EMBARAZO | <input type="text"/> | | | | |

Instrucciones:

- La recepción de las muestras se realiza de Lunes a Jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas en Sección de Recepción de Muestras del ISP. En otros horarios y días festivos la muestra será recepcionada en portería del ISP.
- Las muestras para estudio deberán enviarse refrigeradas 2-8°C según Normativa Técnica para Transporte de sustancias Infecciosas a Nivel nacional (ISP 2008): http://ispch.cl/sites/default/files/8_vigilancia/normativa_Transp_Sust_Infecciosas.pdf
- Este formulario se encuentra disponible en la página Web del ISP: <http://formularios.ispch.cl/Externo/FormularioExterno.aspx>