



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN: LEGIONELOSIS

Anexo 1: Formulario de notificación para caso sospechoso o confirmado de Legionelosis

1. ANTECEDENTES DE LA NOTIFICACIÓN:

Fecha de notificación	<div>Formato dd/mm/aaaa</div>
Establecimiento de salud	
Región del establecimiento de salud	
RUN del profesional que notifica	<div>Sin puntos, con guion</div>
Nombre completo del profesional que notifica	
Teléfono de contacto del profesional que notifica	
Correo electrónico del profesional que notifica	

2. ANTECEDENTES DEL CASO

Tipo de identificación	<div><input type="checkbox"/> RUN <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Identificación local <input type="checkbox"/> Comprobante de parto <input type="checkbox"/> Otro</div>
Número de identificación	<div>Escribir sin puntos y con guion</div>
Nombres	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Sexo	<div><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersex (indeterminado)</div>
Fecha de nacimiento	<div>Formato dd/mm/aaaa</div>
Estado	<div><input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</div>
Edad	
Nacionalidad	

Pueblo originario	<div><div><input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Rapa Nui <input type="checkbox"/> Lican Antai <input type="checkbox"/> quechua <input type="checkbox"/> Colla</div><div><input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Kawéscar <input type="checkbox"/> Yagán <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ninguno</div></div>
Dirección de residencia	
Región de residencia	
Comuna de residencia	
Condición de actividad	<div><input type="checkbox"/> Activo</div> <div><input type="checkbox"/> Inactivo</div>
Ocupación	

3. ANTECEDENTES CLÍNICOS GENERALES

Fecha primeros síntomas	<div></div> <div>Formato dd/mm/aaaa</div>
Fecha primera consulta	<div></div> <div>Formato dd/mm/aaaa</div>
Establecimiento de salud primera consulta	
Signos y síntomas	<div><div><input type="checkbox"/> Fiebre (> 38°C) <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Mialgia</div><div><input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál(es)?:</div></div>
Comorbilidades	<div><div><input type="checkbox"/> Cardiopatía crónica <input type="checkbox"/> Enf. neurológica crónica <input type="checkbox"/> Enf. pulmonar crónica <input type="checkbox"/> Enf. renal crónica <input type="checkbox"/> Enf. hepática crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma</div><div><input type="checkbox"/> Inmunodepresión <input type="checkbox"/> Enf. cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál(es)? <input type="checkbox"/> Ninguno</div></div>
Tabaquismo	<div><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</div>
Embarazo	<div><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Semana de gestación: <input type="checkbox"/> No aplica</div>
Tratamiento antibiótico	<div><div><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</div><div>¿Cuál(es)?: Fecha de inicio:</div></div>
Hospitalización	<div><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</div>
Fecha de hospitalización	<div></div> <div>Formato dd/mm/aaaa</div>

Ingreso a UCI/UTI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica
Fecha de egreso hospitalario	 <i>Formato dd/mm/aaaa</i>
Motivo de egreso (solo hospitalizados)	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> No aplica

4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: Últimos 16 días previos al inicio de síntomas

Viaje internacional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Viaje nacional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de salida	<i>Formato dd/mm/aaaa</i>
Fecha de retorno	 <i>Formato dd/mm/aaaa</i>
Si Viaje internacional "Sí" País(es) visitado(s)	1. 3. 2. 4. 3. 5.
Si Viaje nacional "Sí" Región(es) visitado(s)	1. 3. 2. 4. 3. 5.
Lugares de alto riesgo visitados	<input type="checkbox"/> Piscinas <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál(es)? <input type="checkbox"/> Centro termal <input type="checkbox"/> Jacuzzi <input type="checkbox"/> Spa
Descripción del tipo de exposición	

5. ANTECEDENTES DE LABORATORIO

Fecha toma de muestra	 <i>Formato dd/mm/aaaa</i>
Tipo de muestra	<input type="checkbox"/> Antígeno urinario <input type="checkbox"/> Hisopado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Aspirado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál?
Técnica de laboratorio	
Fecha envío de muestra	 <i>Formato dd/mm/aaaa</i>

Resultado	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Pendiente
Fecha de resultado	<i>Formato dd/mm/aaaa</i>

6. CLASIFICACIÓN DEL CASO

Etapla clínica	<input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Confirmado
----------------	--

7. IDENTIFICACIÓN DE EXPUESTOS A LA FUENTE

Nombre:
Teléfono:
Nombre:
Teléfono:
Nombre:
Teléfono:
Nombre:
Teléfono:
Nombre:
Teléfono:

Anexo 2: Formulario B2 de Envío de Muestras Clínicas



B2 – Formulario de Envío muestras clínicas

Nº Registro: R6.211.00-013

Versión: 0

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/Localidad:	<input type="text"/>
Apellido Materno:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Teléfono:	<input type="text"/>
Fecha 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 Laboratorio:	<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 de Salud:	<input type="text"/>

Dirección de Despacho

Dirección:	<input type="text"/>	Tipo de Despacho:	<input type="text" value="Envío Oficina de Partes (H)"/>
Región:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>
		Fax Laboratorio:	<input type="text"/>

Exámen Solicitado

Exámen:	<input type="text" value="SELECCIONE"/>
---------	---

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención de la muestra *:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Fecha envío ISPCH:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Hora de obtención *:	<input type="text"/>	Observaciones:	<input type="text"/>
Tipo de Muestra:	<input type="text"/>		
Nº Muestra Original:	<input type="text"/>		

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:	<input type="text"/>		
Fecha Inicio de Diarrea:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Seleccione si corresponde a un Brote:	<input type="text" value="Seleccione"/>
Antecedentes Epidemiológico:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Especifique Otro:	<input type="text"/>
Nº ID (Brote):	<input type="text"/>		
Tipo de Paciente:	<input type="text" value="Seleccione"/>		

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 16 hrs. Viernes de 8 a 15 hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestras ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestras, fono(56-2)25755187o Sección Bacteriología (56-2)25755421-25755433.Correo Electrónico bclinica@ispch.cl

