

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Barrio: _____ Localidad: _____
 Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____

2. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha de toma de muestra: ___/___/___
Síntomas: Vómitos Fiebre Ambulatorio Internado
Deshidratación: Si No Leve Moderada Grave
Vacunado para Rotavirus: Si No Nombre comercial: _____
1° Fecha: ___/___/___ 2° Fecha: ___/___/___

Nombre de padre madre o tutor: _____
Domicilio actual: _____ Barrio: _____
Tel. propio o vecino: _____
Observaciones: _____

3. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre de profesional notificante: _____
Establecimiento notificante: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____
Localidad: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ___/___/___

Firma y sello de médico/a: _____

Muestra, conservación y transporte:

La muestra requerida es de materia fecal, mínimo 1 ml o 1 g, colocada en recipientes adecuados y secos, sin detergentes, conservantes, o medios de transporte (sugerencia: tubo tipo Eppendorf). Rotular con Nombre, Apellido y DNI.

Una vez tomada debe ser conservada a 2-8°C y enviada lo antes posible para su análisis, de no poder enviarla dentro de las 24 hs. de recogida la muestra deberá congelarse a -20 +/- 6°C. El envío puede realizarse al Área de Epidemiología o al Laboratorio Central.

La manipulación y transporte de las muestras debe efectuarse cumpliendo estrictamente las medidas de bioseguridad correspondientes.