



**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS
RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)**

FOLIO RHOVE

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

EXPEDIENTE _____

NOMBRE: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

DATOS DEL NACIMIENTO

F. NACIMIENTO: ____/____/____ **ESTADO:** _____ **JURIDICCIÓN:** _____

Día / Mes / Año

MUNICIPIO: _____ **EDAD: AÑOS** _____ **MESES** _____ **DÍAS** _____ **SEXO: (M) (F) (?)** _____

*Solo para neonatos

PESO AL NACER: _____ grs **SEMANAS DE GESTACIÓN:** _____

RESIDENCIA ACTUAL (En caso de no contar con esta información anotar la dirección del hospital)

CALLE Y NO: _____ **COLONIA:** _____ **ESTADO** _____

JURIDICCIÓN: _____ **MUNICIPIO:** _____

DATOS DE LA INFECCIÓN

TIPO DE INGRESO: () PRIMERA VEZ () REINGRESO

SERVICIO: _____

SUBSERVICIO: _____

CAMA: _____

F. INGRESO HOSPITALARIO: ____/____/____

Día / Mes / Año

F. INGRESO AL SERVICIO: ____/____/____

Día / Mes / Año

F.. INICIO: ____/____/____

Día / Mes / Año

F DETECCIÓN: ____/____/____

Día / Mes / Año

FECHA RESOLUCION: ____/____/____

Día / Mes / Año

F. EGRESO: ____/____/____

Día / Mes / Año

FECHA DE REINGRESO: ____/____/____

Día / Mes / Año

F. REEGRESO: ____/____/____

Día / Mes / Año

SITIO DE INFECCIÓN: _____

DIÁGNOSTICO PRINCIPAL DE INGRESO _____

DIAGNÓSTICO 1 _____

DIAGNÓSTICO 2 _____

DIAGNÓSTICO 3 _____

DESCENLACE

() VIVO

() DEFUNCIÓN

() SE IGNORA

F. DEFUNCION: ____/____/____

Día / Mes / Año

CAUSA DE LA MUERTE

() ASOCIADO A INFECIÓN

() NO ASOCIADO A INFECIÓN

MOTIVO DE EGRESO

() CURACIÓN

() MEJORÍA

() ALTA VOLUNTARIA

() PASE A OTRO HOSPITAL

() DEFUNCION

() OTRO

() ABANDONO NO AUTORIZADO

() NO HA EGRESADO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿ALGUNA CIRUGÍA ESTUVO RELACIONADA CON LA INFECIÓN? () SI () NO

NUMERO DE CIRUGÍA	FECHA Día / Mes / Año	TIPO*	CONTAMINACIÓN**	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO &
1	/ /			
2	/ /			
3	/ /			
4	/ /			

*TIPO: ELECTIVA, URGENCIA

**CONTAMINACIÓN: LIMPIA, LIMPIA-CONTAMINADA, CONTAMINADA, SUCIA, LIMPIA CON IMPLANTE

&PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: ejemplo: LAPAROTOMÍA, CESÁREA, APENDICETOMÍA, ETC.

FACTORES DE RIESGO (En relación con el tipo de infección y en orden de importancia)

NO.	FACTOR DE RIESGO	DIAS
1		
2		
3		
4		

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

¿SE TOMO MUESTRA PARA CULTIVO O PCR? SI NO

Nº DE CULTIVO	CULTIVO 1
Sitio de toma de muestra	
Fecha de toma	/ /
Microorganismo aislado	
Tipo	<input type="checkbox"/> VIRUS <input type="checkbox"/> BACTERIA <input type="checkbox"/> HONGO <input type="checkbox"/> MICOBACTERIA <input type="checkbox"/> OTRO
GRAM (solo en caso de bacterias)	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO

Técnica utilizada

¿SE REALIZARON PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA? SI NO

TÉCNICA UTILIZADA DIFUSIÓN EN DISCO/ SENSIDISCO CMI* BIOLOGÍA MOLECULAR OTRA TÉCNICA

En caso de haber seleccionado CMI* especifique:

CMI MICRODILUCIÓN EN CALDO DILUCIÓN EN AGAR E-TEST METODOS AUTOMATIZADOS

RESULTADOS DEL ANTIBIOGRAMA			
	ANTIMICROBIANO	SIGNO (>=<)	CMI
Resistencia 1			
Resistencia 2			
Resistencia 3			
Resistencia 4			
Resistencia 5			
Intermedio 1			
Intermedio 2			
Intermedio 3			
Intermedio 4			
Intermedio 5			
Sensibilidad 1			
Sensibilidad 2			
Sensibilidad 3			
Sensibilidad 4			
Sensibilidad 5			

¿SE IDENTIFICÓ ALGUN MECANISMO DE RESISTENCIA? SI NO

¿CUÁL? _____

TRATAMIENTO (Instaurado para la infección)

Medicamento	INICIO Día / Mes / Año	FINAL Día / Mes / Año	DÍAS DE TRATAMIENTO
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

RESPONSABLE DE LA DETECCIÓN: _____

RESPONSABLE DE LA CAPTURA: _____

RESPONSABLE DE LA UEVH: _____

*CMI=Concentración Mínima Inhibitoria