

FORMULARIO TOMA DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTIVO DE COVID EN MASCOTAS- FCV UBA

Ciudad:	Distrito:		
Institución:	Fecha:		
Teléfono:	Mail:		
MUESTRA		Datos Adicionales:	
<input type="checkbox"/> (1) Hisopado Nasal	N° de muestra:		
<input type="checkbox"/> (2) Hisopado Orofaringeo	ID paciente:		
<input type="checkbox"/> (3) Hisopado Rectal	Operador:		
<input type="checkbox"/> (4) Muestra Materia Fecal			
<input type="checkbox"/> (5) Muestra de sangre			
<input type="checkbox"/> (6) Otro			
PACIENTE			
❖ Reseña Especie: Canino Felino Otro Cuál?			
Edad: años/meses	Sexo: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	Raza:	
❖ Historia Clínica			
¿Presenta/presentó signología clínica? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, marque cuál/cuáles:			
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Decaimiento/apatía		
<input type="checkbox"/> Anorexia/Inapetencia	<input type="checkbox"/> Deshidratación		
<input type="checkbox"/> Tos seca	<input type="checkbox"/> Diarreas		
<input type="checkbox"/> Secreción nasal/estornudos	<input type="checkbox"/> Vómitos		
<input type="checkbox"/> Faringitis	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal		
<input type="checkbox"/> Neumonía	Otros Signos:		
<input type="checkbox"/> Disnea			
Patologías de base:			
<input type="checkbox"/> Vif <input type="checkbox"/> ViLef	Otras:		
ENTORNO			
	NO	SI	
¿Tiene contacto estrecho con otros animales?			
¿Presentan signología animales convivientes?			
¿Tuvo contacto con persona con sospecha o diagnóstico confirmado de Covid-19?			
¿Tiene/tuvo acceso al exterior? (Paseo, techos, veterinarias, peluquería)			
¿Acepta ser contactado para seguimiento de caso?			
- En caso afirmativo anexar datos de contacto. (teléfono, celular y/o mail)			
CONCENTIMIENTO DEL PROPIETARIO DE LA MASCOTA			
Acepto que se utilicen los datos obtenidos con fines de Investigación			
Firma			
Apellido, Nombre y DNI			