

1c) FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y SIGNOS VITALES (Llénese a la primera sospecha de SIM)			
Fecha de inicio del primer signo o síntoma [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]			
Fecha de inicio de la fiebre [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]			
Temperatura [][] [] °C Frecuencia cardíaca [][] [] latidos/min			
Frecuencia respiratoria [][] respiraciones/min			
Presión arterial [][][] (sistólica) [][][] (diastólica) mmHg Deshidratación <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Ausente			
Tiempo de llenado de los capilares > 2 segundos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Saturación de oxígeno [][][] % <input type="checkbox"/> Con aire ambiente <input type="checkbox"/> Con oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Estado de conciencia <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Responde a estímulos verbales <input type="checkbox"/> Responde a estímulos dolorosos <input type="checkbox"/> No responde			
Perímetro del brazo [][][] mm Longitud o estatura [][][] cm Peso [][][] kg			
1d) ENFERMEDADES CONCOMITANTES, ANTECEDENTES PERSONALES, ANTECEDENTES FAMILIARES (Llénese a la primera sospecha de SIM.)			
Trastorno inflamatorio o reumático. Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Asplenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Hipertensión arterial (acorde con la edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Inmunodepresión congénita o adquirida. Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Otra cardiopatía crónica. Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Nefropatía crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Hepatopatía crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Trastorno neurológico crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Otra neumopatía crónica. Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Infección con VIH <input type="checkbox"/> Sí (con TAR) <input type="checkbox"/> Sí (sin TAR) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce del TAR	
Diabetes sacarina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	¿Otra? Si la respuesta es <i>Sí</i> , especifique _____	
Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Antecedente personal de enfermedad de Kawasaki	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Trastorno hemático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Antecedente familiar de enfermedad de Kawasaki	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
¿Antecedente de infección respiratoria en las cuatro semanas anteriores al padecimiento actual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	¿Algún miembro de la familia (u otro contacto) ha padecido COVID-19 confirmada en las cuatro semanas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
		¿Algún miembro de la familia (u otro contacto) ha tenido COVID-19 presunta en las cuatro semanas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce

1e) TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO ANTERIOR AL INGRESO O CRÓNICO

¿Recibió el paciente alguno de los medicamentos siguientes en los 14 días anteriores al ingreso? (Llénese a la primera sospecha de SIM):

¿Antinflamatorios no esteroideos (AINE)? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

¿Corticoesteroides? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

¿Otro medicamento? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

1f) OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS (además de las manifestaciones clínica especificadas en la página 1)

(Llénese a la primera sospecha de SIM.)

Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Fatiga o malestar general	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Faringoamigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Rinorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Cefalea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respiración sibilante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Hipotonía o flacidez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inflamación articular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Parálisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Artralgias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Hiposmia o anosmia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Mialgias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Hipogeusia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Úlceras cutáneas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Incapacidad para beber	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
¿Otro? Especifique:	Si la respuesta es Sí, especifique el sitio _____		

1g) RESULTADOS DE LABORATORIO

(Llénese cuando se conozcan los resultados de las pruebas solicitadas al comenzar a sospechar el SIM.) (* Anote las unidades si difieren de las enumeradas aquí.)

Parámetro	Valor*	No se hizo	Parámetro	Valor*	No se hizo
Marcadores de inflamación o coagulopatía			Marcadores de disfunción orgánica		
Hemoglobina (g/l)		<input type="checkbox"/>	Creatinina (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Leucocitos totales (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodio (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Neutrófilos (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Potasio (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Linfocitos (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Urea (NUS) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Hematócrito (%)		<input type="checkbox"/>	Glucosa (mmol/l)		<input type="checkbox"/>

Plaquetas (x10 ⁹ /l)	<input type="checkbox"/>	Pro-BNP (pg/ml)	<input type="checkbox"/>
TPTa o TTPTa	<input type="checkbox"/>	Troponina (ng/ml)	<input type="checkbox"/>
TP(segundos)	<input type="checkbox"/>	Creatinacinasasa (U/l)	<input type="checkbox"/>
IIN	<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)	<input type="checkbox"/>
Fibrinógeno (g/l)	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="checkbox"/>
Procalcitonina (ng/ml)	<input type="checkbox"/>	ALT o SGPT (U/l)	<input type="checkbox"/>
Proteína C reactiva (mg/l)	<input type="checkbox"/>	Bilirrubina total (µmol/l)	<input type="checkbox"/>
VES (mm/h)	<input type="checkbox"/>	AST o SGOT (U/l)	<input type="checkbox"/>
Dímero d (mg/l)	<input type="checkbox"/>	Albúmina (g/dl)	<input type="checkbox"/>
IL-6 (pg/ml)	<input type="checkbox"/>	Lactato (mmol/l)	<input type="checkbox"/>
Ferritina (ng/ml)	<input type="checkbox"/>		

1h) IMAGINOLOGÍA Y PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS
(Lélese cuando se conozcan los resultados de las pruebas solicitadas al comenzar a sospechar el SIM.)
Radiografía o tomografía efectuada Sí No Se desconoce

 Si la respuesta es **Sí**, resultados _____

Ecocardiografía efectuada Sí No Se desconoce

 Si la respuesta es **Sí**, hay: ¿Signos de disfunción miocárdica? Sí No Se desconoce

 ¿Signos de pericarditis? Sí No Se desconoce

 ¿Signos de valvulitis? Sí No Se desconoce

 ¿Anormalidades coronarias? Sí No Se desconoce

Otro estudio cardiaco por imagen Sí No Se desconoce

 Si la respuesta es **Sí**, especifique el nombre del estudio y los resultados _____

Pruebas microbiológicas

 Bacterias patógenas Positivo Negativo No se hizo

Si dio positivo, especifique: _____

Pruebas de SARS-CoV-2

 RCP-RT Positiva Negativa No se hizo Sitio de obtención de la muestra _____

 Prueba rápida de antígenos Positiva Negativa No se hizo Sitio de obtención de la muestra _____

 Prueba rápida de anticuerpos Positiva Negativa No se hizo

 ELISA Positiva Negativa No se hizo Si se hizo, títulos _____

 Prueba de neutralización Positiva Negativa No se hizo Si se hizo, títulos _____

¿Otra prueba? Especifique: _____ Resultados _____

1j) TRATAMIENTO. Hasta el momento de presentar el módulo 1, ¿el paciente recibió alguno de los tratamientos siguientes?

¿Líquidos por vía oral u orogástrica? Sí No Se desconoce

¿Líquidos intravenosos? Sí No Se desconoce

¿Antiviricos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí Ribavirina Lopinavir o ritonavir Inhibidor de la neuraminidasa Tocilizumab
 Anakinra Ivermectina

Interferón alfa Interferón beta Remdesivir Otro, especifique: _____

¿Corticoesteroides? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

Si la respuesta es Sí, anote la dosis diaria máxima _____

¿Inmunoglobulinas intravenosas? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, dosis diaria _____; Número de días de tratamiento _____

¿Inmunomoduladores? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antibióticos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antimicóticos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antipalúdicos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Si la respuesta es Sí, especifique la dosis diaria _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Fármacos experimentales? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Si la respuesta es Sí, especifique la dosis diaria _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Anticoagulación sistémica? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Otro? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

1j) TRATAMIENTO DE SOSTÉN. Hasta el momento de presentar el módulo 1, ¿se sometió al paciente a alguna de las medidas siguientes?

- ¿Ingreso en la UCI u otra unidad semejante?** Sí No Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, número de días en la UCI _____
- ¿Oxigenoterapia?** Sí No Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, flujo de oxígeno: 1–5 l/min 6–10 l/min 11–15 l/min >15 l/min Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, método: Puntas nasales Cánula nasal de flujo elevado Mascarilla Mascarilla con reservorio
 Mascarilla de presión positiva continua o no invasiva Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, número de días de oxigenoterapia: _____
- ¿Ventilación no invasiva?** (por ejemplo, BiPAP o CPAP) Sí No Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, ¿decúbito prono? Sí No Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, ¿duración en días? _____
- ¿(Alguna) ventilación invasiva??** Sí No Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, PEEP máxima (cm H₂O) _____; FiO₂ (%) _____; Presión estable (cm H₂O) _____; P_aCO₂ _____; P_aO₂ _____
Si la respuesta es *Sí*, ¿duración en días? _____
- ¿Inotrópicos o vasopresores?** Sí No Se desconoce
Si la respuesta es *Sí*, especifique el nombre: _____
- ¿Oxigenación por membrana extracorporal (ECMO)?** Sí No Se desconoce
- ¿Recambio de plasma?** Sí No Se desconoce
- ¿VAFO?** Sí No Se desconoce
- ¿Transfusión sanguínea?** Sí No Se desconoce

MÓDULO 3. Llene y presente este módulo cuando el paciente reciba el alta o muera

3a) RESUMEN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL PADECIMIENTO ACTUAL <i>(incluya todos los signos reconocidos entre el ingreso y el alta o la muerte)</i>			
Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Duración de la fiebre ___ días			
Exantema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Conjuntivitis bilateral no purulenta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Signos de inflamación de la mucosa oral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Signos de inflamación cutánea periférica (manos o pies)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Hipotensión (acorde con la edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Taquicardia (acorde con la edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Prolongación del tiempo de llenado capilar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Piel pálida o moteada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Manos o pies fríos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Diuresis < 2 ml/kg/h	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Dolor torácico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Taquipnea (acorde con la edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce

3b) RESULTADOS DE LABORATORIO <i>(Registre el resultado más a durante la hospitalización y hasta el momento del alta o la muerte.) (*Anote las unidades si son distintas de las indicadas.)</i>					
Parámetro	Valor*	No se hizo	Parámetro	Valor*	No se hizo
Marcadores de inflamación o coagulopatía			Marcadores de disfunción orgánica		
Hemoglobina (g/l)		<input type="checkbox"/>	Creatinina (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Leucocitos totales (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodio (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Neutrófilos (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Potasio (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Linfocitos (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Urea (NUS) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Hematócrito (%)		<input type="checkbox"/>	Glucosa (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquetas (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Pro-BNP (pg/ml)		<input type="checkbox"/>
APTT o APTR		<input type="checkbox"/>	Troponina (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TP (segundos)		<input type="checkbox"/>	Creatinacinas (U/l)		<input type="checkbox"/>
RNI		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
Fibrinógeno (g/l)		<input type="checkbox"/>	Triglicéridos		<input type="checkbox"/>
Procalcitonina (ng/ml)		<input type="checkbox"/>	ALT o SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>
Proteína C reactiva(mg/l)		<input type="checkbox"/>	Bilirrubina total		<input type="checkbox"/>
VES (mm/h)		<input type="checkbox"/>	AST o SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>
Dímero d (mg/l)		<input type="checkbox"/>	Albúmina (g/dl)		<input type="checkbox"/>
IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>	Lactato (mmol/l)		<input type="checkbox"/>
Ferritina (ng/ml)		<input type="checkbox"/>			

FORMULARIO DE REGISTRO DE CASOS PRESUNTOS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE COINCIDE CRONOLÓGICAMENTE CON LA COVID-19. 18 de mayo de 2020

© Organización Mundial de la Salud 2020. Se reservan todos los derechos. Esta publicación está disponible en virtud de la licencia [CC BY-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/). Esta publicación es una adaptación de *COVID-19 Case Record Forms (CRF)*, publicada por el [ISARIC](https://www.isaric.org/) en nombre de Oxford University.

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/MIS_Children_CRF/2020.1](https://www.who.int/coronavirus/surveillance/mis-children-crf-2020-1)

3c) IMAGINOLOGÍA Y PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS (incluya los resultados anómalos desde el ingreso hasta el alta o la muerte)

Radiografía o tomografía de tórax Sí No Se desconoce **Si la respuesta es Sí, resultados** _____

Ecocardiografía efectuada Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, ¿signos de disfunción miocárdica? Sí No Se desconoce

¿signos de pericarditis? Sí No Se desconoce

¿signos de valvulitis? Sí No Se desconoce

¿anormalidades coronarias? Sí No Se desconoce

Otro estudio cardiaco por imagen Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre del estudio y los resultados _____

Pruebas microbiológicas

Bacterias patógenas Positivo Negativo No se hizo

Si dio positivo, especifique: _____

Pruebas de SARS-CoV-2

RCP-RT Positiva Negativa No se hizo Sitio de obtención de la muestra _____

Prueba rápida de antígenos Positiva Negativa No se hizo Sitio de obtención de la muestra _____

Prueba rápida de anticuerpos Positiva Negativa No se hizo

ELISA Positiva Negativa No se hizo Si se hizo, títulos _____

Prueba de neutralización Positiva Negativa No se hizo Si se hizo, títulos _____

¿Otra prueba? especifique _____ Resultados _____

3d) TRATAMIENTO. ¿En algún momento de la hospitalización el paciente recibió alguna de las medidas siguientes?

¿Líquidos por vía oral u orogástrica? Sí No Se desconoce

¿Líquidos intravenosos? Sí No Se desconoce

¿Antivíricos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí Ribavirina Lopinavir o ritonavir Inhibidor de la neuraminidasa Tocilizumab Anakinra
 Ivermectina Interferón alfa Interferón beta Remdesivir Otro, especifique: _____

¿Corticoesteroides? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Inhalado Tópico Se desconoce

Si la respuesta es Sí, anote la dosis diaria máxima _____

¿Inmunoglobulinas intravenosas? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, dosis diaria _____; Número de días de tratamiento _____

¿Inmunomoduladores? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antibióticos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antimicóticos? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antipalúdicos? Sí No Se desconoce Si la respuesta es Sí, nombre: _____

Si la respuesta es Sí, especifique la dosis diaria _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Fármacos experimentales? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre: _____ Si la respuesta es Sí, especifique la dosis diaria _____

Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Anticoagulación sistémica? Sí No Se desconoce

Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Vía: Oral o rectal Parenteral (IM o IV) Se desconoce

¿Otro? Sí No Se desconoce

