

Nombre del estudio:

LOG SHEET

Vigilancia Leptospirosis Canina en Puerto Rico

Nombre Clínica/Refugio: _____

ID Caso (ex. A003)	ID Clínica/Refugio	Apellidos Dueño (escribir "N/A" si es refugio)	Nombre Perro	Genero	Fecha comienzo síntomas (mm/dd/yy)	Prueba Rápida de Lepto #1 (Fecha: mm/dd/yy)	Prueba Rápida de Lepto #2* (Fecha: mm/dd/yy)	Muestras Colectadas para Envío Selecciona todas las que apliquen. (Fecha: mm/dd/yy)
Colocar label ID aquí				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> FS		Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Cultivo de Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Cultivo de Orina <input type="checkbox"/> Orina (cysto) <input type="checkbox"/> Tejido de Riñon <input type="checkbox"/> Orina ("free catch") <input type="checkbox"/> Cultivo Riñon
Colocar label ID aquí				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> FS		Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Cultivo de Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Cultivo de Orina <input type="checkbox"/> Orina (cysto) <input type="checkbox"/> Tejido de Riñon <input type="checkbox"/> Orina ("free catch") <input type="checkbox"/> Cultivo Riñon
Colocar label ID aquí				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> FS		Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Cultivo de Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Cultivo de Orina <input type="checkbox"/> Orina (cysto) <input type="checkbox"/> Tejido de Riñon <input type="checkbox"/> Orina ("free catch") <input type="checkbox"/> Cultivo Riñon
Colocar label ID aquí				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> FS		Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Cultivo de Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Cultivo de Orina <input type="checkbox"/> Orina (cysto) <input type="checkbox"/> Tejido de Riñon <input type="checkbox"/> Orina ("free catch") <input type="checkbox"/> Cultivo Riñon
Colocar label ID aquí				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> FS		Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Cultivo de Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Cultivo de Orina <input type="checkbox"/> Orina (cysto) <input type="checkbox"/> Tejido de Riñon <input type="checkbox"/> Orina ("free catch") <input type="checkbox"/> Cultivo Riñon
Colocar label ID aquí				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> FS		Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Cultivo de Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Cultivo de Orina <input type="checkbox"/> Orina (cysto) <input type="checkbox"/> Tejido de Riñon <input type="checkbox"/> Orina ("free catch") <input type="checkbox"/> Cultivo Riñon

Género: M = macho MC = macho castrado
 F = hembra FS = hembra esterilizada

*Prueba Rápida de Lepto #2: Realizar prueba #2 si la prueba rápida de Lepto #1 es negativa y la sangre fue colectada <7 días luego de presentar síntomas.