



FICHA DE SOLICITUD DE GAMMAGLOBULINA ANTI VARICELA

PROVINCIA:..... DPTO:..... REGIÓN:.....

ESTABLECIMIENTO :

COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA

1) DATOS DE LA EMBARAZADA

Apellido y nombre:..... Edad:..... Peso:.....

Edad Gestacional:.....

Fecha de Inicio de síntomas del caso índice.....

Fecha de contacto del paciente con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: si.....no.....

Serología (IgG): positiva..... negativa..... no posee.....

Profesional:.....

Lugar y fecha:.....

Dosis aplicada:..... Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

2) DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Hora:..... Peso:..... Edad gestacional:.....

Fecha de inicio de enfermedad materna:.....

Establecimiento:.....

Fecha de aplicación:...../...../..... Hora:..... Dosis aplicada:.....

Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

3) DATOS DEL INMUNOSUPRIMIDO

Apellido y nombre:..... Edad:..... Peso:.....

Enfermedad de base:

Fecha de Inicio de Síntomas del caso índice.....

Fecha de contacto del paciente con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: si.....no.....

Serología (IgG): positiva..... negativa..... no posee.....

Fecha de aplicación de gammaglobulina:...../...../.....

Dosis aplicada:.....

Establecimiento:.....

Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

4) DATOS PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....

Nota: deberá ser remitida a las siguientes direcciones de correo del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles:

- mhernandez@msal.gov.ar (Inmunizaciones)
- vigilanciainmunoprevenibles@gmail.com (Vigilancia Inmunoprevenibles)