

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDO CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA  
ASOCIADA A ZIKA, RECIÉN NACIDO SANO CON ANTECEDENTES MATERNOS ASOCIADOS A ZIKA

B4

1. DATOS MATERNOS

**DATOS FILIATORIOS**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino/a: \_\_\_\_\_  
Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Antecedentes de viaje o residencia durante el embarazo:  SI  NO País: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha de periodo de viaje o residencia, de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Antecedente de contacto sexual durante el embarazo con persona que haya residido o viajado a zona  
con circulación:  SI  NO Sintomático:  SI  NO Diagnóstico confirmado:  SI  NO

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

¿Síntomas durante el embarazo?  SI  NO  
 Exantema  Fiebre  Conjuntivitis no purulenta  
Diagnóstico de Zika durante el embarazo:  SI  NO ¿Dónde se diagnosticó? \_\_\_\_\_  
Semanas de embarazo al diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de embarazo:  Único  Múltiple  
Controles de embarazo:  SI  NO  
¿Se detectó anomalía en ecografía?  SI  NO ¿En qué semanas? \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido contacto con sustancias tóxicas?  SI  NO ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
Fecha de exposición: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. DATOS DE NIÑO/A

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Mortinato:  SI  NO RNV:  SI  NO  
Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  M  F  Indiferenciado  
Detección de malformación congénita:  SI  NO  
 Microcefalia Circunferencia cerebral: \_\_\_\_\_  
 Calcificaciones  Hipercongenicidad preventricular  
 Ventriculomegalia  Hidrocefalia  Megacisterna magna  
 Disgenesia cerebelosa  Disgenesia  Atrofia cerebral  
 Otro: \_\_\_\_\_

3. EVOLUCIÓN DEL CASO

Ambulatorio/a  Internado/a  Fallecido/a Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tipo de muestra:  Suero  LCR  Placenta  Órgano  
 Orina  Otros: \_\_\_\_\_

4. DATOS DE NOTIFICACIÓN

Nombre y apellido de profesional notificante: \_\_\_\_\_  
Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello de médico/a: \_\_\_\_\_