

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: _____