

1. DATOS MATERNOS

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____
Barrio: _____ Localidad _____
Urbano () Rural () Departamento _____ Provincia _____
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 Diagnostico confirmado SI NO
Síntomas durante el embarazo? SI NO
Exantema Fiebre Conjuntivitis no purulenta
Diagnóstico de Zika durante el embarazo SI NO donde? _____
Semanas de embarazo al diagnostico: _____ Tipo de embarazo: Único Múltiple
Controles de embarazo: SI NO
se detectó anomalía en ecografía? SI NO en que semana? _____
Niño nacido: VIVO MUERTO
Ha tenido contacto con sustancias toxicas: SI NO cuales: _____
Fecha de exposición: ____/____/____

2. DATOS DEL NIÑO

Mortinato: SI NO RNV: SI NO
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Indiferenciado
Peso: _____ Talla: _____ Edad gestacional al nacer: _____
Detección de malformación congénita: SI NO
Microcefalia Circunferencia cerebral: _____
Calcificaciones Hiperecogenicidad periventricular
Ventrículomegalia Hidrocefalia Megacisterna magna
Disgenesia cerebelosa Disgenesia Atrofia cerebral
Otro: _____

4. FUENTE DE NOTIFICACION

Establecimiento: _____ Fecha de notificación: ____/____/____
Dirección: _____ Tel/cel: _____ e-mail: _____
Apellido y nombre del notificador: _____

5. EVOLUCION DEL CASO

Paciente Internado () **Ambulatorio** () **Fallecido** () Fecha hospitalización: ____/____/____
Fecha toma de muestra: ____/____/____ Tipo de muestra: Suero () LCR () Placenta () Organos ()
Orina () Cordón () otros _____
Firma y sello del médico: _____

Recuerde: este niño debe notificarse a la red SERENAR.