

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 Fecha de muerte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Recién nacido vivo: ☐ SI ☐ NO  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_