



Ministerio de Salud y Acción Social
Secretaría de Programas de Salud

A.N.L.I.S. "DR. CARLOS G. MALBRAN"



**INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

AV. VELEZ SARSFIELD 563 (1281) BUENOS AIRES-ARGENTINA
TEL (54 1) 303 1806/11 FAX (54 1) 303 1433

DEPARTAMENTO DE VIROLOGÍA.

SERVICIO DE VIROSIS CONGÉNITAS, PERINATALES Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

TE: 4301-7428/4302-5064 Interno 212 FAX: 4301-7428/4302-5064 interno 200 E-mail: cypvirus@anlis.gov.ar

FICHA CLINICA DE RECIEN NACIDOS

FECHA:/...../.....

Las muestras deben enviarse rotuladas, refrigeradas, con la solicitud de análisis y con este resumen de historia clínica completo.

Apellido y Nombres:	Sexo: F M
Fecha de nacimiento:/...../.....	Lugar de nacimiento:
Nº Tarjeta de Screening Neonatal (FEI) :	TE:
Dirección:	

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Institución solicitante:	H.C. Nº:
Servicio y/o sala:	Médico:
Dirección:	TE y FAX:
	E-mail:

ANTECEDENTES CLINICOS

Fecha de comienzo de síntomas:/...../.....	Nació consemanas de Gestación
Patología de base:	Cesárea: SI NO
Diagnóstico presuntivo:	Peso:
	APGAR:

MANIFESTACIONES CLINICAS (marcar lo que corresponde)

FIEBRE:°C	Duración:
EXANTEMA TIPO Y DISTRIBUCIÓN:	Duración:.....
APLASIA DE CÉLULAS ROJAS:	FARINGITIS
ANEMIA	CATARATAS
TROMBOCITOPENIA	GLAUCOMA:
MICROCEFALIA	SEPTISEMIA
BEBE HIGROPICO	SORDERA
HEPATOMEGALIA	CALCIFICACIONES CEREBRALES
ESPLENOMEGALIA	TRANS. RESPIRATORIOS
ASCITIS	TRANS. NEUROLOGICOS
ADENOPATÍAS	TRANS. CARDIACOS
RCIU	PETEQUIAS
ATRESIA BILIAR	ICTERICIA
MICROOFTALMIA	RETINOPATÍA PIGMENTARIA
OTRAS:	

ANTECEDENTES MATERNOS

Gesta:	Hidrops fetal:
Paridad:	Consanguinidad:
Patología de base:	Hijos con cardiopatías:
Antecedentes de adicciones:	Hijos con malformaciones:
Vaginitis	Abortos espontáneos:
Transfusiones: NO SI Cuantas?.....	Fecha:...../...../.....
Transfusiones intrauterinas: NO SI Cuantas?.....	Fecha:...../...../.....
Contacto con personas con exantema.	Presento fiebre y/o exantema durante el embarazo?.....
Edad Materna:	Edad Paterna:
Domicilio materno durante el embarazo.....	Viajes durante el embarazo.....A donde?.....
Recibió vacunación anti rubeólica?.....	Cuando?.....

ESTUDIOS REALIZADOS AL RN

Fecha:/...../.....

Hemograma: Bcos: /mm ³	Neut: %	Eos: %	Bas: %	Linf: %	Plaq: /mm ³
Hematíes: /mm ³	Hto.: %	Hb: g%			
Bb:	TGP: mU/ml	TGO: mU/ml	γGT: mU/ml	FOH: mU/ml	
MO:					
Incompatibilidad sanguínea: NO SI	Fecha:/...../.....	Resultados:			
Otros estudios hematológicos:				Fecha:/...../.....	
Ecografías: NO SI	Fecha:/...../.....	Resultado:			
Ecocardiograma: NO SI	Fecha:/...../.....	Resultado:			
Estudios Genéticos: NO SI	Fecha:/...../.....	Resultados:			
Estudios Microbiológicos: NO SI	Fecha:/...../.....	Rubéola:	CMV:	HIV:	
VZV:	EBV:	Toxo:	Sífilis:	Sarampión:	HBV:
Otros datos:					

EPIDEMIOLOGIA DEL RN

Contacto con enfermos con exantema: NO SI	Lugar:	Fecha:/...../.....
Recibió transfusiones: NO SI		Fecha:/...../.....
Recibió Inmunoglobulinas: NO SI		Fecha:/...../.....
Vacunas: NO SI	Cuales?	Fecha:/...../.....
Inmunosuprimido: NO SI	Causa:	Fecha:/...../.....
Otras Observaciones:		Fecha:/...../.....
Otros datos de interés:		

TRATAMIENTO DEL RN

Gammaglobulinas: NO SI	Cuál?	Fecha:/...../.....
	Nº dosis:	Ultima dosis:/...../.....
Transfusiones: NO SI	Cuántas?	Fecha de Ultima:/...../.....
Antivirales: No SI	Cual?	Fecha:/...../.....
Otra medicación:		
Desde:/...../.....		Hasta:/...../.....
Observaciones:		



Ministerio de Salud y Acción Social
Secretaría de Programas de Salud

A.N.L.I.S. "DR. CARLOS G. MALBRAN"

**INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

AV. VELEZ SARSFIELD 563 (1281) BUENOS AIRES-ARGENTINA
TEL (54 1) 303 1806/11 FAX (54 1) 303 1433



Firma y sello de Médico responsable