

MALFORMACIONES CONGENITAS Y ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

MINISTERIO DE SALUD Ley Nº 10291 PROVINCIA DE ENTRE RIOS

**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE MALFORMACIONES/ANOMALÍAS
CONGÉNITAS/E.P.F:**

HOSPITAL.....

NOMBRE DE LA EMBARAZADA/ MADRE.....

DNI..... EDAD..... SANGRE G Y F..... Nº DE GESTA.....

SEMANA DE GESTACIÓN..... FETO UNICO..... GEMELAR..... MULTIPLE.....

DOMICILIO(Calle).....(Localidad)..... TELEFONO.....

ESTUDIOS REALIZADOS (SEROLOGIA)..... LABORAT..... ECOGRAFÍA.....

ANOMALIA /S DETECTADA/S.....

.....

EN CASOS DE NACIDOS MUERTOS

SEM DE GESTACIÓN.....ABORTO :ESPONTÁNEO..... LEGRADO..... ECOGRAF IA: TR.....

PARTO : NATURAL/PROVOCADO CAUSA.....

CESAREA: URGENCIA... / PROGRAMADA...../ MOTIVOoCAUSA DE MUERTE.....

PESOTALLA.....P. CEF..... SEXO.....

ANOMALIA /S DETECTADA/S.....

.....

.....

EN CASO DE NACIDOS VIVOS

NOMBRE/APELLDNI.....F/N..... EDAD ACTUAL

EDAD GESTACIONAL (SEM).....SANGRE G Y F.....SEXO.....PESO AL NACER.....

TALLA..... P. CEF..... APGAR/.....PESO ACTUAL.....

ESTUDIOS REALIZADOS: ECO(tipo).....TAC.....RM.....OTRO.....

ANOMALIA /S DETECTADA/S.DESCRIPCIÓN.....

.....

.....

Se solicita registro y/o atención del/de los pacientes cuyos datos constan en el presente formulario.

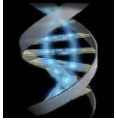
Fecha.....

Firma del médico.....

Cel/Tel padre o madre.....

Aclaración.....

N Mat/Sello.....



INSTRUCTIVO:

- **ES IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO.**
- En caso de ser detectados durante el embarazo, llenar solo el tramo superior(1º), en caso de producirse un aborto espontáneo de mas de 20 semanas y constatando malformaciones, llenar el 1º y 2º tramo. Por último en caso de nacimiento, vivo o muerto de casos, llenar el 1º y el 3º tramo.
- Si es detectado durante el curso del embarazo, se puede derivar a la paciente al consultorio de alto riesgo de Maternidad del Hospital San Roque, comunicándose por teléfono al Servicio de Maternidad para confirmar día y hora en que debe presentarse la paciente.
- En todos los casos llenar en el extremo inferior, **los datos de quien envía la información**, para poder comunicarnos, a la brevedad.
- Son de fundamental importancia colocar los **DNI de la madre y del niño**. En caso de estar en trámite el DNI del niño, se coloca el nº de historia clínica.
- Este formulario debe ser enviado por fax, **al teléfono 0343 4230460 interno 270**.
- Debe enviarse lo antes posible de haberse producido la detección (ya sea ecográficamente, durante el embarazo, o en las horas próximas al nacimiento).
- Debe enviarse AL C.R.E.M.C.E.R (consultorio de pasillo central), en caso de derivación interna del hospital o **por fax, a pesar de decidir derivar al o a los pacientes** al Hospital San Roque, servicio de Neonatología o servicio de Maternidad.
- Siempre, marcando debajo de las palabras “atención” o “registro” de acuerdo a lo que se solicite, en caso de derivación externa. Dichas palabras constan al final del formulario.
- No olvidar firmar y colocar también al final **la fecha** en que se realiza la denuncia.
- Bajo la fecha de la denuncia, completar con un teléfono o celular **de la mamá o de un familiar directo del paciente** para poder localizarlo, citarlo, etc.
- En **caso de no contar con fax** enviar el formulario por mail (solicitar a cremcer@gmail.com, el envío del formulario electrónico)
- **Por consultas o dudas dirigirse a:** cremcer@gmail.com o **343 6 101136 0 al 0343 4230460 int 242 /270**