



“Año 2022 - Las Malvinas son Argentinas”

Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
ADMINISTRACION NACIONAL
DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD
“DR. CARLOS G. MALBRAN”
Departamento Virología

DEPARTAMENTO DE VIROLOGÍA.
SERVICIO DE VIROSIS CONGÉNITAS, PERINATALES Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
TE/FAX: 4301-7428/4302-5064 Interno 216 FAX 200 E-mail: cypvirus@anlis.gob.ar

FICHA CLINICA DE EMBARAZADAS

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

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

Apellido y Nombres:	Nacionalidad:
Dirección:	Educación: Primaria Secundaria Universitaria
TE:	Profesión /Ocupación:
Edad:	Edad del cónyuge:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

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

ANTECEDENTES CLINICOS MATERNOS

FUM:	Semanas de Gesta:
Fecha de comienzo de síntomas:/...../.....	Fecha probable de parto:
Diagnóstico presuntivo:	Gesta:
Tiempo de evolución:	Paridad:
Patología de base:	Consanguinidad:
Diabetes:	Hijos con cardiopatías:.....
Lupus:	Abortos espontáneos:
Colagenopatías:.....	Vaginitis:
HIV:..... Hipertensión:..... Celíaca:.....	Otras:.....

MANIFESTACIONES CLINICAS (describirlas)

FIEBRE:°C Duración:	Duración:
EXANTEMA TIPO Y DISTRIBUCIÓN:	Duración:
LESIONES HERPETICAS CERVICOVAGINALES	ANEMIA
POLIHIDRANMIOS	APLASIA DE CELULAS
HIDROPESÍA FETAL	ADENOPATIAS
TROMBOCITOPENIA	MIALGIAS
HEPATOMEGALIA	
ESPLENOMEGALIA	
ARTRALGIAS EN:	
OTRAS:.....	

ESTUDIOS REALIZADOS

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

Grupo Sanguíneo: Factor: Coombs indirecta:
Hemograma: Bcos: /mm³ Neut:% Eos:% Bas:% Linf:% Plaq: /mm³
Hematíes: /mm³ Hto.: % Hb: g%
Bb: TGP:mU/ml TGO:mU/ml γ -GT: mU/ml FOH:mU/ml
MO:
Incompatibilidad sanguínea: NO SI Fecha:/...../..... Resultados:
Otros estudios hematológicos: Fecha:/...../.....
Ecografía fetal: NO SI Fecha:/...../..... Resultado: RCIU , Microcefalia , Hidrocefalia ,
Calcificaciones periventriculares, polihidramnios, hidropesía fetal, Otros:
Ecocardiograma fetal: NO SI Fecha:/...../..... Resultado:
Estudios Genéticos: NO SI Fecha:/...../..... Resultados:
Estudios Microbiológicos maternos (IgM): Fecha:/...../..... Rubéola: CMV: HIV:
VZV: EBV: Toxo: Sífilis: HBV:
Sarampión..... Listeria..... Estreptococo B:
Otros datos:

EPIDEMIOLOGIA

Contacto con enfermos con exantema: NO SI Lugar: Fecha:/...../.....
Vacunas en el último año: NO SI Cuales? Fecha:/...../.....
Inmunosuprimido: No SI Causa: Fecha:/...../.....
Ingesta de: Tabaco NO SI Alcohol: NO SI Drogas SI NO Cual? Vía?
Ingesta de medicamentos: NO SI Cual?

TRATAMIENTO

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

EVOLUCION

NACIMIENTO
Fecha: Lugar: Vivo/Muerto: Edad Gestacional:
Peso: Apgar: Examen Físico:
Autopsia:
Estudios Complementarios:
ABORTO
Edad Gestacional: Anatomía Patológica:

FECHA DE TOMA DE MUESTRA:

MUESTRAS ENVIADAS:

ESTUDIOS SOLICITADOS:

Firma y sello Médico Responsable: