



“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 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 Pesquisa Neonatal (FEI):
Dirección: TE:

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

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 OTRAS

ANTECEDENTES MATERNOS

Gesta: Hidropsis fetal:
 Paridad: Consanguinidad:
 Patología de base: Hijos con cardiopatías:
 Antecedentes de adicciones: Hijos con malformaciones:
 Vaginitis Abortos espontáneos:
 Transfusiones: NO SI Cuántas?..... Fecha:/...../.....
 Transfusiones intrauterinas: NO SI Cuántas?..... Fecha:...../...../.....
 Contacto con personas con exantema.
 Edad Materna: Edad Paterna:

ESTUDIOS REALIZADOS AL RN

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

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:/...../.....
 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:/...../.....
 Vacunas : NO SI Cuáles? Fecha:/...../.....
 Inmunosuprimido: NO SI Causa:..... Fecha:/...../.....
 Otras Observaciones: Fecha:/...../.....
 Otros datos de interés:

TRATAMIENTO DEL RN

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

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS:**MUESTRAS ENVIADAS:****ESTUDIOS SOLICITADOS:**

Firma y sello Médico Responsable