



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 SARFIELD 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 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:
	E-mail:

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 Otras:	

MANIFESTACIONES CLINICAS (describirlas)

FIEBRE:°C 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:...../...../.....

Recibió transfusiones: NO SI Fecha:...../...../.....

Recibió Inmunoglobulinas: NO SI 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? Desde.....Hasta:.....

Número de Parejas:

TRATAMIENTO

Gammaglobulinas: NO SICuál? Fecha:/...../..... N° dosisUltima dosis:/...../.....

Transfusiones: NO SI Cuantas? Fecha de Ultima:/...../.....

Transfusiónes intrauterinas: NO SI Cuantas? : 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:

Firma y sello Medico Responsable



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

