

Ficha de notificación de caso de microcefalia en recién nacido

DEFINICIONES DE TIPOS DE NOTIFICACION

FETO CON MICROCEFALIA INTRA-ÚTERO: Feto que, durante el embarazo, por medio de ultrasonografía u otro método de imagen disponible, presenta circunferencia craneana con más de 2 desvíos estándar por debajo de la media para la edad gestacional.

NACIDO VIVO COM MICROCEFALIA: Recién nacido con microcefalia (medida de perímetro cefálico por debajo de -2 desvíos estándar a las 24 horas post-parto, según referencias estandarizadas de acuerdo a edad gestacional y sexo), alguna malformación congénita del sistema nervioso central.

NACIDO VIVO COM MICROCEFALIA Óbito fetal con microcefalia (medida de perímetro cefálico por debajo de -2 desvíos estándar, según referencias estandarizadas de acuerdo a edad gestacional y sexo) producto de una gestante que durante el embarazo haya presentado exantema o tenga antecedentes de infección por virus Zika..

Feto con microcefalia detectado intra-útero

Nacido Vivo con microcefalia

Mortinato con microcefalia

DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICADORA

Fecha de notificación: ... Establecimiento de salud..... Distrito:.....
Región..... Teléfono:
Nombre del notificador: Teléfono de contacto:.....

DATOS DEL CASO

Nombre del RN..... Sexo: Femenino () Masculino () Indeterminado ()

Fecha de nacimiento:..... Edad gestacional al nacer:.....

Perímetro Cefálico):..... Peso en gramos:..... Talla:.....

(En caso de detección intra útero considerar el diámetro cefálico)

Edad gestacional en el momento de la detección de microcefalia (en semanas).....

Toma de muestra: Toma de muestra: LCR__ Sangre de cordón: __ Suero: __ Otro (especificar):_____ Fecha de toma de muestra: _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre de la madre:..... Edad de la madre:..... C.I. N°.....

Tipo de embarazo: Único () Doble () Múltiple ()

Distrito de residencia:..... Barrio de residencia:.....

Número de teléfono:.....

Email:.....