

PSU N° -MINS/DVMSP/DGE
 PROTOCOLO SANITARIO DE URGENCIA: "VIGILANCIA CENTINELA DE MICROCEFALIA"

V. DATOS DE LA MADRE

29. H.Clinica N°

/ /

30. A. Paterno A. Materno Nombres 31. D.N.I 32. Fecha de Nac.

Domicilio:

33. Departamento 34. Provincia 35. Distrito 36. Localidad

37. Dirección 38. Telefono del paciente o familiar

VI. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA MADRE

39. Refiere antecedente de viaje a zonas de transmision de Zika Si No 40. Lugar

41. Presentó enfermedad febril exantemática durante la gestación ? Si No 42. En que periodo de gestación

43. Se realizo pruebas para VIH y TORCHS (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes y Sífilis) Si No No sabe

RESULTADOS:

44. Durante el embarazo tuvo diagnostico de:

	Clinico	Laboratorio
Dengue	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fiebre chikungunya	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zika	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VII. CLASIFICACION

SOSPECHOSO: natimuerto o neonato cuya madre reporta antecedente de viaje a zonas de transmisión de virus Zika , enfermedad febril exantemática de causa desconocida durante la gestación (en la que se ha descartado infección por dengue, chikungunya, sarampión, rubeola, parvovirus B19) o se sospecha infección por virus Zika

45. Microcefalia relacionada a infección por virus Zika **CONFIRMADO:** natimuerto o neonato con microcefalia y diagnóstico de laboratorio positivo a virus Zika en muestras de tejido fetal/suero/LCR o muestras de la madre (durante la gestación).
 O
 natimuerto o neonato de cualquier edad gestacional, clasificado como sospechoso de microcefalia relacionada con infección por virus Zika, con alteraciones morfológicas intracraneales diagnosticadas por cualquier método de imagen, excluidas otras posibles causas conocidas.

DESCARTADO: Caso notificado como microcefalia que tenga confirmación de otra causa de microcefalia diferente a infección por virus Zika.

VIII INVESTIGADOR

46. Nombre del Investigador

47. Cargo: 48. Teléfono: Firma y Sello