Formulario Chagas Vertical

Datos del bebé

Nombre y Apellido:_____

DNI (Tipo y Nro): _____ Sexo: M / F / Otro

Fecha de nacimiento: ___/___/____

Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Clínica/Hospital de Nacimiento: _____

Serología de la madre: positiva / negativa / sin datos
Técnica: HAI / ELISA / IFI / Otro:_____

Peso al nacer: _____ Embarazo: normal / prematuro Parto: vaginal / cesárea

Edad gestacional (semanas): _____

Hermanxs: sí / no (¿cuántos?: _) ¿Hermanxs estudiados?: sí / no

Antecedentes relevantes:_____

_____

_____

_____

_____

Contacto del medicx que solicita el estudio: _____

_____

Contacto de la persona responsable de la derivación:_____

_____

ANLIS MALBRÁN

INSTITUTO NACIONAL DE PARASITOLOGÍA "DR. MARIO FATALA CHABEN"

Ministerio de Salud Argentina

Datos de la persona gestante

Nombre y Apellido:_____

DNI (Tipo y Nro): _____

Fecha de nacimiento: ___/___/____

Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Tiene otros hijxs?: sí / no

¿Recibió transfusiones?: sí / no

¿Recibió tratamiento para Chagas?: sí / no ¿Droga?: _____

¿Completó el tratamiento?: sí / no

Antecedentes relevantes:_____

_____

_____

_____

_____

Contacto del medicx que solicita el estudio: _____

_____

Contacto de la persona responsable de la derivación:_____

_____

Anexo 1. Formularios

Formulario de datos del paciente (Chagas NO Vertical)

Nombre y Apellido:_____

DNI (Tipo y Nro): _____ Sexo: M / F / Otro

Fecha de nacimiento: ____/___/____

Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Situación que motiva el estudio (marque con un círculo lo que corresponda):

- Chagas crónico (inmunocompetente)
- Chagas agudo: trasplante (donante positivo) / vectorial / accidente laboral / transfusional
- Reactivación por inmunosupresión: trasplante / farmacológica / HIV / Quimioterapia / Otro:_____
- Otro: _____

Antecedentes relevantes:_____

_____

_____

_____

_____

¿Recibió tratamiento para Chagas?: sí / no ¿Droga?: _____
¿Completó el tratamiento?: sí / no

Trasplante: serología del donante: positivo / negativo
serología del receptor: positivo / negativo

Tipo: _____ Fecha: ____/___/____

Contacto del medicx que solicita el estudio: _____

_____

Contacto de la persona responsable de la derivación:_____

_____