

Formulario de Notificación

Vigilancia de SRC

RG-02-PR246.00-003

Llenar para todo RN o niño menor de seis meses con anomalía congénita compatible con rubéola o RN de madre con antecedente de rubéola durante el embarazo

RN o niño menor de 6 meses con anomalía compatible

RN de madre con antecedente de Rubéola en embarazo

Nombre Establecimiento

Tipo Establecimiento

Servicio de Salud

Código

Región

Nombre profesional que notifica

Teléfono

E-mail

Fecha de Notificación

Datos del Niño

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Sexo

Fecha Nacimiento

Día

Mes

Año

Edad gestacional

Semanas

Peso Nacimiento

Talla

Malformaciones Detectadas:

Ducto arterioso persistente

Retinopatía

Meningoencefalitis

Esplenomegalia

Cataratas

Otra anomalía cardíaca

Retardo Mental

Púrpura

Hueso Radiolúcidos

Glaucoma congénito

Estenosis pulm. Periférica

Microcefalia

Hepatomegalia

Ninguna

Otras Anomalías

Datos de la Madre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

RUT

Edad

Años

Fecha Nacimiento

Día

Mes

Año

Ocupación

Domicilio

Historia de Embarazo

Control Prenatal

Nº de Controles

Lugar

Rubéola en embarazo:

Semana gestacional

Confirmado Laboratorio

Contacto con rubéola:

Semana gestacional

Datos de Labotatorio

Tipo de muestra

Fecha toma muestra:

Fecha envío muestra:

Firma del profesional responsable

ANOMALIAS COMPATIBLES CON SRC

Catarata., Glaucoma congénito, Malformaciones cardíacas (comuniociónn intraventricular, ductus arterioso persistente. estenosis de la arteria pulmonar), Sordera, Púrpura trombocitopénica, Hepatomegalia, Esplenomegalia, Microcefalia, Meningoencefalitis. Retardo mental, Enfermedad ósea radiolucida.