

	TOMA	ENVÍO	LLEGADA	RESULTADO	RESULTADO	LABORATORIO (LESPINDREILCE-RAZA)
MUESTRA DE:	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO		
SUERO						
EXUDADO FARÍNGEO						
TÉCNICA EMPLEADA:	RESULTADO					

VII. ANTECEDENTES Y CUADRO CLÍNICO DE LA MADRE

EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DE PARTO: AÑOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTA: PARA: CESÁREA: ABORTOS: OCUPACIÓN: _____

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA
 ¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ UN CUADRO DE EFE? SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL CUADRO DE EFE:
 SI TUVO UN CUADRO DE EFE: DÍA MES AÑO

EXANTEMA MACULOPAPULAR FECHA DE INICIO DEL EXANTEMA: DURACIÓN: DÍAS
 FIEBRE FECHA DE INICIO DE FIEBRE: DURACIÓN: DÍAS

TOS CORIZA CONJUNTIVITIS LINFADENOPATÍAS

ANTECEDENTE DE VIAJE 23 DÍAS ANTES DEL EMBARAZO Ó EN LAS PRIMERAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN:
 ¿TUVO CONTACTO CON UN CASO DE EFE, O HABÍA UN BROTE EN SU LOCALIDAD? ¿DÓNDE? _____

SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL CONTACTO DEL CUADRO DE EFE:

¿SE HIZO DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA EN QUÉ SEMANA DE GESTACIÓN? CRITERIO DIAGNÓSTICO: 1= LABORATORIO, 2= CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO
 ¿ESTUVO O TIENE CONTROL PRENATAL? NO. DE VISITAS: _____

VACUNACIÓN ANTIRRUBEOLA: TIPO DE VACUNA: 1= SRP, 2=SR, OTRA (ESPECIFIQUE) _____ DOSIS: _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS:

FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTILLA, 2=VERBAL, 9=SE DESCONOCE

V. ESTUDIOS DE LABORATORIO DE LA MADRE

	TOMA	ENVÍO	LLEGADA	RESULTADO	RESULTADO	LABORATORIO (LESPINDREILCE-RAZA)
MUESTRA DE:	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO		
SUERO						
TÉCNICA EMPLEADA:	RESULTADO					

VI: ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PERIODO PERINATAL (NOTA: EN CASO DE QUE LA MADRE TENGA UN DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO POSITIVO A RUBÉOLA LLENAR ESTE APARTADO)

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA

ABORTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MUERTE INTRAUTERINA	<input type="text"/>
RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MUERTE PRECOZ O HEBDOMADAL	<input type="text"/>
PARTO PRETÉRMINO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MUERTE NEONATAL	<input type="text"/>

VII: SEGUIMIENTO DEL PRODUCTO

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA

SEGUIMIENTO: ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____

¿VIVE EL NIÑO(A)? FECHA DE DEFUNCIÓN:

CAUSA DE DEFUNCIÓN: _____

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO:

IX: CLASIFICACIÓN

FECHA DE CLASIFICACIÓN

DESCARTADO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
CONFIRMADO	DÍA MES AÑO	FECHA DE DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

X. REVISIÓN POR EL COMITÉ ESTATAL/NACIONAL

REVISIÓN POR EL COMITÉ ESTATAL: SI NO FECHA:

DIAGNÓSTICO (S): _____

REVISIÓN POR EL COMITÉ NACIONAL: SI NO FECHA:

DIAGNÓSTICO (S): _____

XI: OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES:

XII: ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO: LADA: _____