

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MICROCEFALIA Y SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA (SCaZ)

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

RECIÉN NACIDO (O MORTINATO) CON MICROCEFALIA: Recién nacido vivo o muerto cuyo perímetro cefálico al nacer (confirmado a las 24 horas de vida en RN vivo) es inferior a menos dos desviaciones estándar (<-2DS) para RN de término ó inferior al Percentil 3 para RN pretérmino, según gráficas oficiales para la edad gestacional y sexo.

SÍNDROME CONGÉNITO SOSPECHOSO DE ESTAR ASOCIADO A INFECCIÓN POR ZIKA: Todo recién nacido vivo o muerto que presente al menos dos de los siguientes defectos congénitos en donde al menos uno debe ser del sistema nervioso central*, sordera neurosensorial o hipoacusia central, alteraciones ópticas, alteraciones musculo esqueléticas; artrogriposis o contracturas múltiples y pie Bot unilateral o bilateral.

LACTANTE MENOR O NIÑO DE 1 MES A 1 AÑO CON MICROCEFALIA: Todo niño con Perímetro cefálico inferior a menos dos desviaciones estándar(<-2DS) de las curvas de crecimiento de la OMS para la edad y sexo.

*Hipoplasia cerebral, hipoplasia o agenesia del cuerpo calloso, calcificaciones cerebrales, alteraciones de los ventrículos cerebrales, anomalías de la fosa posterior y lisencefalia.

DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICADORA

Fecha de notificación: ___/___/___ Establecimiento de salud: _____
 Distrito: _____ Región: _____
 Nombre del notificador: _____ Teléfono del Contacto: _____

DATOS DEL CASO

Nombre del RN: _____ Sexo: Femenino Masculino
 Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 Peso en gramos: _____ Talla: _____ Edad gestacional al nacer: _____
 Perímetro cefálico al nacer: _____ y a las 24 hs (cm): _____ Clasificación del PC _____
 (En caso de detección intraútero considerar el diámetro cefálico) _____
 Hallazgo ecográfico de malformación intrauterina: NO SI Fecha: ___/___/___
 Describir: _____
 Edad en caso de lactantes con detección de microcefalia _____
 Perímetro cefálico actual _____ Clasificación del PC _____
 Presencia de otras anomalías congénitas Si No
 Describir: _____
 Hallazgo de imágenes de TAC o RMN de Cráneo; NO SI Fecha: ___/___/___
 Describir: _____
 Resultado de TORCHS: _____
 Diagnóstico del RN o Dx Sindromático si lo posee _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
 CI N°: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección _____
 Departamento: _____ Distrito de residencia: _____
 Barrio de residencia: _____ Referencia _____
 Resultado de TORCHS: _____

Antecedente de enfermedad: Fiebre Exantema Conjuntivitis Artralgia Mialgia

DATOS DE LABORATORIO

Toma de muestra del RN/lactante

LCR Fecha de toma: ___/___/___
 Sangre: Fecha de toma: ___/___/___
 Orina: Fecha de toma: ___/___/___
 Otros: Fecha de toma: ___/___/___

Especificar _____

Toma de muestra de la Embarazada /madre

Sangre Fecha de toma: ___/___/___
 Orina Fecha de toma: ___/___/___
 Otros Fecha de toma: ___/___/___
 Especificar _____

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MICROCEFALIA Y SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA (SCaZ)

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MICROCEFALIA Y SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A ZIKA (SCaZ)

I-SELECCIONAR EL TIPO DE NOTIFICACIÓN DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE CASO Y MARCAR CON UNA X:

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

RECIÉN NACIDO (O MORTINATO) CON MICROCEFALIA: Recién nacido vivo o muerto cuyo perímetro cefálico al nacer (confirmado a las 24 horas de vida en RN vivo) es inferior a menos dos desviaciones estándar ($< -2DS$) para RN de término ó inferior al Percentil 3 para RN pretérmino, según gráficas oficiales para la edad gestacional y sexo

SÍNDROME CONGÉNITO SOSPECHOSO DE ESTAR ASOCIADO A INFECCIÓN POR ZIKA: Todo recién nacido vivo o muerto que presente al menos dos de los siguientes defectos congénitos en donde al menos uno debe ser del sistema nervioso central*, sordera neurosensorial o hipoacusia central, alteraciones ópticas, alteraciones muscular esqueléticas; artrogriposis o contracturas múltiples y pie Bot unilateral o bilateral.

LACTANTE MENOR O NIÑO DE 1 MES A 1 AÑO CON MICROCEFALIA: Todo niño con Perímetro cefálico inferior a menos dos desviaciones estándar ($< -2DS$) de las curvas de crecimiento de la OMS para la edad y sexo.

Defectos del Sistema Nervioso Central: *Hipoplasia cerebral, hipoplasia o agenesia del cuerpo caloso, calcificaciones cerebrales, alteraciones de los ventrículos cerebrales, anomalías de la fosa posterior y lisencefalia.

II-DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICADORA:

Fecha de notificación: Fecha de envío de ficha, DD/MM/AA. Recordar que es de notificación inmediata y obligatoria

Establecimiento que notifica: Nombre de la institución donde se capta el caso.

Departamento/ Distrito: distrito y departamento donde se encuentra el establecimiento de salud.

Nombre del notificante: nombre y apellido del que completa la ficha de notificación.

Teléfono del contacto: Número de teléfono de la unidad notificadora.

III-DATOS DEL CASO

Nombre y apellido: Registrar nombres y apellidos del Recién nacido o Lactante menor en caso contrario nombre completo de la madre

Sexo: Marcar con una X, en casilla Femenino o Masculino

Lugar de Nacimiento: registrar el servicio de salud o dirección de donde nació

Fecha de nacimiento: DD/MM/AA del nacimiento

Edad gestacional: de acuerdo a el test de Capurro o Ballard

Peso: registrar en gramos

Perímetro cefálico al nacer y a las 24 hs: colocar la medición en cm con un decimal de acuerdo a las técnicas estandarizadas

Clasificación del Perímetro Cefálico registrar PC adecuado; riesgo de microcefalia, microcefalia, riesgo de macrocefalia; macrocefalia, según tablas estandarizadas por OMS/Fenton-Intergrowth 21

Hallazgo ecográfico de malformación intrauterina. Marcar con una X SI o NO. **Fecha:** DD/MM/AA. En caso de poseer hallazgos describir las malformaciones encontradas.

Edad en lactantes con detección de microcefalia y/o anomalía: colocar la edad cronológica en la casilla de meses o años.

Perímetro cefálico actual completar en caso de notificación de un lactante menor.

Presencia de otras anomalías congénitas. Marcar con una X SI o NO y **describir** tipo de anomalía en el caso que posea.

Hallazgo de imágenes de TAC o RMN de Cráneo Marcar con una X SI o NO **Fecha:** DD/MM/AA. **Describir** hallazgos.

Resultado de TORCHS completar con resultados serológicos.

Diagnóstico del RN o Dx Sindromático si lo posee describir

IV-DATOS DE LA MADRE

Nombre y apellido: Registrar nombres y apellidos completos de la madre

Edad: registrar en años

CIN°: completar con el número de identidad

Domicilio: En zona urbana anotar nombre de calles y número de casa donde reside. En zona rural nombre de compañía y/o localidad.

Departamento/Distrito: departamento y distrito donde se localiza el domicilio del paciente.

Referencia registrar puntos o lugares de referencia para ubicar el domicilio. Por ej.: a 1 cuadra del estadio XXX

Resultado de TORCHS. completar con los últimos resultados serológicos de la madre

Antecedente de enfermedad marcar con una X si presentó **Fiebre, Exantema, Conjuntivitis, Artraigias, Mialgias durante el embarazo.** Se puede marcar más de una opción.

V- DATOS DE LABORATORIO

Toma de muestra del RN/lactante: marcar con una X si es: LCR, Orina, Sangre. En caso de otros, especificar.

Fecha de toma de muestra completar con DD/MM/AA

Toma de muestra del Madre: marcar con una X si es: Sangre, Orina. En caso de otros, especificar

Fecha de toma de muestra completar con DD/MM/AA