

FICHA DE NOTIFICACION DE CASO PROBABLE DE SIFILIS NEONATAL

DATOS DEL PACIENTE:

FECHA:

HC: DNI: TEL:

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO: EDAD:

PESO AL NACER: gramos EDAD GESTACIONAL: semanas

FORMA DE PRESENTACION: SINTOMATICO ASINTOMATICO

SINTOMAS:

LABORATORIO:
FECHA:

DATOS DE LOS PADRES:

MADRE HC:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: EDAD: FECHA NAC: / /

DOMICILIO: LOCALIDAD:

PARTIDO: PCIA: OCUPACION:

LABORATORIO:

PADRE HC:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: EDAD: FECHA NAC: / /

DOMICILIO: LOCALIDAD:

PARTIDO: PCIA: OCUPACION:

LABORATORIO:

TRATAMIENTO

NIÑO/A: SI NO FECHA: / / DROGAS:

MADRE: SI NO FECHA: / / DROGAS:

PADRE: SI NO FECHA: / / DROGAS:

Firma y sello del médico que notifica