

Anexo I: Planilla de carga de datos del paciente

APELLIDO y NOMBRES:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

HIJOS (si, no, cantidad):

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO (ciudad-provincia-país)

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

DIRECCIÓN

TELÉFONO : COD.ÁREA: NÚMERO:

SITUACION CLINICA QUE MOTIVA EL ESTUDIO: (marque una cruz en la opción que corresponda)

DIAGNOSTICO DE CHAGAS AGUDO VECTORIAL

DIAGNOSTICO DE CHAGAS AGUDO POST TRANSFUSIONAL

DIAGNOSTICO DE CHAGAS AGUDO POST-TRANSPLANTE-RECEPTOR

DIAGNOSTICO DE CHAGAS AGUDO CONGENITO

DIAGNOSTICO DE REACTIVACION

DIAGNOSTICO DE FASE CRONICA INMUNOCOMPETENTE

ANTECEDENTES PATOLOGICO ACTUAL (MENCIONE SOLO LOS DIAGNOSTICOS, SINO COLOQUE NINGUNO)

¿SU MAMÁ TIENE O TENÍA CHAGAS?

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE: (ciudad-provincia-país)

¿RECIBIÓ TRANSFUSIONES?

¿FUE TRANSPLANTADO?

¿REALIZO TRATAMIENTO PARA CHAGAS?

¿QUE MEDICACIÓN RECIBIO?

¿CUÁNDO?

¿CUANTOS DÍAS TOMO MEDICACIÓN?

ANEXO II: FICHA DE DATOS DE BINOMIO MADRE E HIJO EN ESTUDIO

DATOS DE LA MADRE:

APELLIDO:

NOMBRES:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

HIJOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO (ciudad-provincia-país)

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

DIRECCIÓN

TELÉFONO : COD.ÁREA:

NÚMERO:

DIAGNÓSTICO DE BASE:

¿SU MAMÁ TIENE O TENÍA CHAGAS?

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE: (ciudad-provincia-país)

¿RECIBIÓ TRANSFUSIONES?

¿FUE TRANSPLANTADO?

¿REALIZO TRATAMIENTO PARA CHAGAS?

¿QUE MEDICACIÓN RECIBIO?

¿CUÁNDO?

¿CUANTOS DÍAS TOMO MEDICACIÓN?

¿TUVO REACCIONES ADVERSAS?

TELEFONO DE CONTACTO DE RESPONSABLE DE DERIVACIÓN:

TELEFONO DE CONTACTO DEL MÉDICO SOLICITANTE DEL ESTUDIO:

DATOS DEL BEBÉ:

APELLIDO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

DIRECCIÓN

TELÉFONO: COD.ÁREA:

NÚMERO:

PESO AL NACER:

TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA:

EMBARAZO: NORMAL/PREMATURO

PARTO: VAGINAL/ CESAREA

EDAD GESTACIONAL: SEMANAS

HOSPITAL/ CLÍNICA DE NACIMIENTO:

HERMANOS: SI/ NO ¿Cuántos?

HERMANOS ESTUDIADOS SI/NO

