

HOJA DE REGISTRO Y VIGILANCIA DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Nombre de RN:				Establecimiento:			
Nombre de la madre de RN:				No. de Expediente:			
Dirección:		Municipio:		Departamento:			
Fecha de Llenado:		Riesgo ocupacional Paterno:		Riesgo ocupacional materno:		Edad del padre:	
						Edad de la madre:	
<b>Estudios Maternos</b>		<b>Antecedentes Obstétricos</b>				<b>Enfermedades de la madre</b>	
Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>		Embarazos previos: _____ Abortos: _____ 3 Abortos espontáneos consecutivos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Niños con anomalías congénitas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuantos: _____ Fin del embarazo anterior Mes: _____ Año: _____		Ninguna <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>Infecciones en el embarazo</b>		<b>Respecto a los padres</b>		<b>Parientes con anomalías</b>		<b>Exposición Materna a Fármacos</b>	
TORCHS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique: _____ ZIKA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mes de gestación: _____		Son parientes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Incesto <input type="checkbox"/> Primos-hermanos <input type="checkbox"/> Primos-segundos <input type="checkbox"/> Tía y sobrino <input type="checkbox"/> Tío y sobrina <input type="checkbox"/> Otro: _____		Madre <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Primo (a) <input type="checkbox"/> Hermano (a) <input type="checkbox"/> Medio hermano (a) <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Ningún pariente <input type="checkbox"/>		Ácido Valproico <input type="checkbox"/> Carbamazepina <input type="checkbox"/> Fenitoina <input type="checkbox"/> Ácido Retinoico <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>Adicciones Maternas</b>				<b>Tipo de anomalía</b>		<b>Etapa de Diagnóstico de la Anomalía</b>	
Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Padre consume cocaína SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				La misma <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> La misma y otra <input type="checkbox"/> Describa: _____		Prenatal <input type="checkbox"/> Natal <input type="checkbox"/> Post Natal 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
<b>Suplementación con Multivitaminas y Ácido Fólico</b>				<b>Datos del feto / RN</b>			
Momento de la ingesta	MTV	Acido Fólico	Hierro+ Acido Fólico	Condición al nacimiento VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>		Embarazo actual con nacimiento múltiple SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Antes de la concepción				No. de RN con defectos al nacer:			
Primeros 3 meses de gestación				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>		Edad gestacional: _____ sem	
Durante todo el embarazo				Peso: _____ gr		Por FUR: <input type="checkbox"/>	
No tomó				Longitud: _____ cm		Por Ballard: <input type="checkbox"/>	
No sabe				Per. Cef.: _____ cm		Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	
Lugar de nacimiento:		Hospital <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique: _____					
<b>Anomalía Congénita Notificada</b>			<b>Código CIE-10</b>	<b>DX. Antenatal</b>	<b>Confirmado</b>	<b>Descripción de la Anomalía Congénita</b>	
<b>Defecto único</b>			Síndrome <input type="checkbox"/> Secuencia <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Espectro <input type="checkbox"/> Deformación <input type="checkbox"/> Displasia <input type="checkbox"/>				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
<b>Firma y sello del Responsable de Llenado</b>			Especifique: _____				

HOJA DE REGISTRO Y VIGILANCIA DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Nombre de RN:				Establecimiento:			
Nombre de la madre de RN:				No. de Expediente:			
Dirección:		Municipio:		Departamento:			
Fecha de Llenado:		Riesgo ocupacional Paterno:		Riesgo ocupacional materno:		Edad del padre:	
						Edad de la madre:	
<b>Estudios Maternos</b>		<b>Antecedentes Obstétricos</b>				<b>Enfermedades de la madre</b>	
Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>		Embarazos previos: _____ Abortos: _____ 3 Abortos espontáneos consecutivos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Niños con anomalías congénitas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuantos: _____ Fin del embarazo anterior Mes: _____ Año: _____		Ninguna <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>Infecciones en el embarazo</b>		<b>Respecto a los padres</b>		<b>Parientes con anomalías</b>		<b>Exposición Materna a Fármacos</b>	
TORCHS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique: _____ ZIKA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mes de gestación: _____		Son parientes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Incesto <input type="checkbox"/> Primos-hermanos <input type="checkbox"/> Primos-segundos <input type="checkbox"/> Tía y sobrino <input type="checkbox"/> Tío y sobrina <input type="checkbox"/> Otro: _____		Madre <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Primo (a) <input type="checkbox"/> Hermano (a) <input type="checkbox"/> Medio hermano (a) <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Ningún pariente <input type="checkbox"/>		Ácido Valproico <input type="checkbox"/> Carbamazepina <input type="checkbox"/> Fenitoina <input type="checkbox"/> Ácido Retinoico <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>Adicciones Maternas</b>				<b>Tipo de anomalía</b>		<b>Etapa de Diagnóstico de la Anomalía</b>	
Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Padre consume cocaína SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				La misma <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> La misma y otra <input type="checkbox"/> Describe: _____		Prenatal <input type="checkbox"/> Natal <input type="checkbox"/> Post Natal 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
<b>Suplementación con Multivitaminas y Ácido Fólico</b>				<b>Datos del feto / RN</b>			
Momento de la ingesta	MTV	Acido Fólico	Hierro+ Acido Fólico	Condición al nacimiento VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>			
Antes de la concepción				Embarazo actual con nacimiento múltiple SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Primeros 3 meses de gestación				No. de RN con defectos al nacer:			
Durante todo el embarazo				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>		Edad gestacional: _____ sem	
No tomó				Peso: _____ gr		Por FUR: <input type="checkbox"/>	
No sabe				Longitud: _____ cm		Por Ballard: <input type="checkbox"/>	
				Per. Cef.: _____ cm		Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	
				Lugar de nacimiento: Hospital <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
<b>Anomalía Congénita Notificada</b>			<b>Código CIE-10</b>	<b>DX. Antenatal</b>	<b>Confirmado</b>	<b>Descripción de la Anomalía Congénita</b>	
<b>Defecto único</b>			Síndrome <input type="checkbox"/> Secuencia <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Espectro <input type="checkbox"/> Deformación <input type="checkbox"/> Displasia <input type="checkbox"/>				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
<b>Firma y sello del Responsable de Llenado</b>			Especifique:				