

## CHAGAS CRÓNICO EN PERSONAS GESTANTES

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso

Toda persona gestante con diagnóstico confirmado de infección por T. cruzi por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI)

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido 

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre:  Padre:  Otros: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Síntomas Si  No  Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad gestacional al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_Arritmias supraventriculares Si  No  Disnea Si  No  Síncope Si  No Cardiomegalia Si  No  Dolor precordial Si  No  Trastornos de la conducción cardíaca Si  No Constipación Si  No  Edemas Si  No Disfagia Si  No  Palpitaciones Si  No 

### DATOS DE LABORATORIO

	Reactivo	No Reactivo	Fecha
ELISA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemoaglutinación Indirecta (HAI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
InmunoFluorescencia Indirecta (IFI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

#### Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Antecedente de familiares con serología reactiva para Chagas Si  No Antecedente de serología reactiva para Chagas en gestas anteriores Si  No Residir o haber residido en zona endémica Si  No Transfusión sanguínea o derivados Si  No Otros trasplantes Si  No 

### ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Continuar el seguimiento del paciente según normas actualizadas de personas recién nacidas de persona gestante Chagas positivo.

Dar conocimiento del caso sospechoso o confirmado al Departamento de Salud Ambiental/ Vectoriales, para evaluación y eventual tratamiento químico de la vivienda y peri- domicilios infectados.

Investigar posibles familiares o convivientes expuestos a similares riesgos, a través del alerta del equipo local o zonal.

Recordar que se deben estudiar todos los hijos nacidos de una persona gestante serológicamente reactiva.

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador