

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