

**CHAGAS AGUDO VERTICAL
(CONGÉNITO)**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso**Caso Sospechoso:** Toda persona < de 18 meses hijo/a de una persona gestante que presente Chagas confirmado por laboratorio.**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

Apellido y Nombre materno: _____ DNI materno: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Peso al nacer: _____ Edad gestacional: _____

Asintomático SI NO Fecha de inicio de síntomas ____/____/____

Fecha de consulta: ____/____/____ Establecimiento de primera consulta: _____

Profesional _____

Adenomegalia Bajo peso al nacer Esplenomegalia Miocarditis Anemia Cardiomegalia Hepatomegalia Fiebre prolongada Arritmia Convulsiones Ictericia Meningoencefalitis **DATOS DE LABORATORIO**

Tipo	Momento ideal de toma	Fecha de toma
PCR y Microstrout	Antes del alta	
Serología por 2 técnicas	Entre los 10 - 18 meses	

TRATAMIENTO

Benznidazol Dosis: _____ Comprimidos. Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de finalización ____/____/____

Nifurtimox Dosis: _____ Comprimidos.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.**La familia vivió o vive en zona endémica SI NO

Dónde _____

Antecedentes de residencia en vivienda de características favorables a la multiplicación de la vinchuca SI NO Existencia en el peridomicilio de corrales, palomares, gallineros, chiqueros, etc. SI NO Ha visto vinchucas en su vivienda en alguna oportunidad SI NO

Su vivienda ha sido evaluada y/o rociada por personal sanitario Si No

Algún familiar o conviviente ha sido diagnosticado con enfermedad de Chagas Si No Especifique _____

Método/s de laboratorio de confirmación de la persona gestante: _____

Fecha de confirmación de la persona gestante: ____/____/____

¿Tiene otros hijos/as? Si No ¿Cuántos? _____ ¿Fueron estudiados para Chagas? Si No

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

- ⑩ Iniciar tratamiento con benznidazol en los casos de infección Chagásica Congénita confirmada por alguno de los métodos, según normas actualizadas
- ⑩ Solicitar la medicación al Departamento de Salud Ambiental 0299-4476384.
- ⑩ Continuar el seguimiento del paciente según normas actualizadas de Recién Nacido de persona gestante Chagas positiva.
- ⑩ 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.
- ⑩ Investigar posibles familiares o convivientes expuestos a similar riesgo, a través del alerta del equipo local o zonal.
- ⑩ Recordar que se deben estudiar todos los hijos nacidos de una madre serológicamente reactiva.

CLASIFICACIÓN

Chagas agudo congénito confirmado

Chagas agudo congénito descartado

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/20____

firma y sello del notificador