



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones**



**Ficha para la evaluación y seguimiento de recién nacidos de mujeres vacunadas contra la rubéola
inadvertidamente estando embarazadas**

Nombre de la Madre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Fecha de Notificación __ __ / __ __ / __ __ (día, mes, año)

Datos de la Madre:

Fecha de Nacimiento de la Madre : ____ / ____ / ____ (día, mes, año)

Edad de la Madre ____ años (edad al momento del parto)

Fecha de Diligenciamiento de ficha ____ / ____ / ____ (día, mes, año)

Datos del Recién Nacido:

Estado del producto de la gestación: ____ (1= Nacido vivo , 2= Mortinato).

Fecha del nacimiento __ __ / __ __ / __ __

Edad gestacional ____ semanas APGAR ____, ____

Peso al nacer ____ gramos Estatura ____ cms

Sexo ____ (1= M , 2 = F) Perímetro cefálico ____ cms

Complicaciones durante el parto ____ (1=Sin, 2= No, 9= Ignora)

Especifique _____

Datos de Serología

Fecha de Toma	Resultado IgM 1= pos, 2= neg, 3= indeterminado, 9= no realizado	Resultado IgG 1= pos, 2= neg, 3= indeterminado, 9= no realizado
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		
____ / ____ / ____		

Interpretación de títulos IgG: ____ 1=disminuye 2= persistencia 3=aumento



Ficha para la evaluación y seguimiento de recién nacidos de mujeres vacunadas contra la rubéola inadvertidamente estando embarazadas

Examen pediátrico general

Síntomas y Signos	1 = si	2 = no	9: Ignoran	Observaciones
Catarata (bilateral o unilateral)				
Glaucoma congénito				
Anoftalmia/Microftalmia				
Microcefalia				
Calcificación intra-craniana				
Persistencia del conducto arterioso				
Estenosis pulmonar				
Cardiopatía no especificada				
Otra cardiopatía (especifique)				Especificar:
Meningoencefalitis "viral"				
Hepatomegalia				
Esplenomegalia				
Ictericia				
Trombocitopenia				
Púrpura (petequias, equimosis)				
Alteraciones óseas				
Otros. Especifique				

En RN IgM(+) o con niveles de IgG persistentemente elevados, realizar exámenes de aislamiento viral en las evaluaciones de especialidades en 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses de edad.

I- Toma de muestras para aislamiento viral – hisopado orofaríngeo:

Fecha de toma de muestra ____ / ____ / ____

(Si se toma otro tipo de muestra, especificar: _____)

Resultado ____ (1= pos, 2= neg, 3= indeterminado, 9= no realizado)

Estudio para otras etiologías:

Etiología	Fecha	Prueba Realizada	Resultado*
CMV	____ / ____ / ____		
Toxo	____ / ____ / ____		
Sífilis	____ / ____ / ____		
Herpes	____ / ____ / ____		
Otro	____ / ____ / ____		

*1 = positivo, 2 = negativo, 3 = indeterminado, 9 = no realizado



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones**



**Ficha para la evaluación y seguimiento de recién nacidos de mujeres vacunadas contra la rubéola
inadvertidamente estando embarazadas**

II- Evaluación otorrinolaringológica

Fecha: __ / __ / __

Resultado: _____

Evaluación otoacústica ____ Fecha __ / __ / __

Resultado: _____

III-Evaluación Oftalmológica

Fecha : __ / __ / __

Resultado: _____

IV- Evaluación Cardiológica

Fecha: __ / __ / __

Resultado: _____

V- Evaluación Neurológica

Fecha __ / __ / __

Resultado: _____

Clasificación Final del Caso: _____

(1=Sin infección , 2= Infección de rubéola congénita asociado a virus salvaje, 3= SRC asociada a virus salvaje, 4= IRC asociado a virus vacunal, 5= SRC asociado a virus vacunal , 6=otro diagnóstico, especifique).

Otro diagnóstico, especifique: _____

Observaciones: _____

35. DATOS DE FUNCIONARIOS DE SALUD QUE REALIZARON EL SEGUIMIENTO Y LA INVESTIGACIÓN

Nombre _____

Cargo que desempeña _____

Fecha de investigación _____

Institución _____

Teléfono _____

Firma: _____

Nombre del establecimiento que reporta: _____