

Programa de vigilancia de anomalías congénitas

Número de Registro: Fecha del informe: dd/mm/aaaa	Nombre del establecimiento sanitario: Ciudad: Provincia/estado/territorio:
--	--

FETO / NEONATO

PADRES

Nombre, si se dispone de él: Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa) Fecha de diagnóstico de la anomalía congénita: (dd/mm/aaaa) Sexo: masculino femenino ambiguo falta/desconocido Resultado del embarazo: nacido vivo mortinato interrupción voluntaria del embarazo con anomalía fetal Edad gestacional: (semanas completas) Estimación óptima: ecografía: Fecha de la última menstruación: (dd/mm/aaaa) otro: Peso: (gramos) Talla: (cm) Perímetro cefálico (cm) Parto múltiple: Si No En caso afirmativo, especifique: ¿Se tomaron fotografías: Si No ¿El recién nacido murió? Si No (dd/mm/aaaa) En caso afirmativo, especifique la fecha de defunción: Causa de la muerte: Autopsia: Si No En caso afirmativo, especifique los detalles al dorso	Nombre del Padre: Apellido(s) del padre: Fecha de nacimiento del padre: (dd/mm/aaaa) Edad del Padre: (años completos) Raza/origen étnico: Nombre de la madre: Apellido(s) de la madre (incluidos los de soltera): Fecha de nacimiento de la madre: (dd/mm/aaaa) Edad de la madre: (años completos) Raza/origen étnico: Dirección principal durante el primer trimestre del embarazo: Ciudad: Provincia: Dirección actual (si no es la indicada más arriba): Ciudad: Provincia: Teléfono: Número total de anteriores: nacidos vivos: mortinatos: Abortos espontáneos: interrupciones del embarazo:
---	---

Los padres del feto/neonato son parientes? Si No primos hermanos primos segundos tía y sobrino	En caso afirmativo especifique: tío y sobrina otro parentesco (especifique):
---	--

Anomalia congénita presente	Descripción completa de la anomalía congénita (utilice el dorso del formulario en caso de ser necesario)	Código de la CIE-10	C o P*	
1.			C	P
2.			C	P
3.			C	P
4.			C	P
5.			C	P
6.			C	P
7.			C	P
8.			C	P
9.			C	P
10.			C	P

Pruebas diagnósticas realizadas, resultados pendientes; notas y comentarios:	* C = diagnóstico confirmado P = diagnóstico posible
--	---

Nombre del profesional que cumplimenta el formulario: médico enfermero/a otro (especificar):	Información de contacto:
---	--------------------------

Información adicional para la autopsia:

Información adicional para la anomalía congénita: