

FICHA DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO A LA MADRE PORTADORA DE HEPATITIS B. CONTROL DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE LA HEPATITIS B.

Nombre y apellidos de la paciente:		Tipo ID*:	No. Identificación:
Fecha de diagnóstico:	Fecha de notificación:	Semana epidemiológica:	IPS que reporta caso:
Departamento notificación:		Municipio notificación:	
Departamento residencia:		Municipio residencia:	
Tipo de aseguramiento:	Nombre aseguradora:	Código aseguradora:	
* Tipo ID: RC: Registro civil - TI: tarjeta identidad - CC: cédula ciudadanía - NUIP: número de identificación personal - CE: cédula extranjería - PA: pasaporte - MS: menor sin identificación - AS: adulto sin identificación.			

DATOS OBSTÉTRICOS DE LA MADRE

Edad de la paciente:	Condición al momento del diagnóstico: 1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio	Fecha probable de parto:
Control prenatal actual?: 1. Si 2. No 3. Sin dato	Edad gestacional al inicio del CPN:	Edad gestacional al diagnóstico:
Fecha de toma HBsAg:	Fecha de toma Anti-HBcIgM	Fecha de toma Anti-HBc Total:
Resultado HBsAg: 1. Reactivo 2. No reactivo	Resultado Anti-HBcIgM: 1. Reactivo 2. No reactivo	Resultado Anti-HBc Total: 1. Reactivo 2. No reactivo

SOLICITUD DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE LA HEPATITIS B

Informó sobre la necesidad de la disponibilidad de vacunación anti-VHB al momento del nacimiento: 1. Si 2. No	A quién? (diligencie nombre y cargo):
Informó sobre la necesidad de la disponibilidad de gammaglobulina anti-VHB al momento del nacimiento: 1. Si 2. No	A quién? (diligencie nombre y cargo):

SEGUIMIENTO DEL HIJO(A) DE MADRE PORTADORA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B

Nombre y apellidos del paciente:		Tipo ID*:	No. Identificación:
Fecha de nacimiento:	Sexo: 1. Hombre 2. Mujer	Edad gestacional al parto:	Peso:
Administración Vacuna anti VHB al Recién Nacido. 1. <12 horas. 2. 13 a 24 horas. 3. > 24 horas. 4. Sin Dato 5.No Aplicación.		Administración Gammaglobulina anti VHB al Recién Nacido. 1. <12 horas. 2. 13 a 24 horas. 3. > 24 horas. 4. Sin Dato 5.No Aplicación.	
Fecha de toma HBsAg:	Edad a la toma HBsAg:	Fecha de toma Anti-HBs:	Edad a la toma Anti-HBs:
Resultado HBsAg: 1. Reactivo 2. No reactivo	Resultado Anti-HBs: 1. Reactivo 2. No reactivo	Condición final caso transmisión perinatal Hepatitis B: 1. Confirmado 2. Descartado	