



FICHA DE SOLICITUD DE GAMMAGLOBULINA ANTI VARICELA

PROVINCIA:.....DPTO. REGION.....

ESTABLECIMIENTO:.....

COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA A LA SITUACIÓN DEL PACIENTE QUE RECIBIRÁ GAMMAGLOBULINA

1) DATOS DE LA EMBARAZADA

Apellido y nombre:.....Edad:.....Peso:..... Edad Gestacional:.....

Fecha de Inicio de síntomas del caso índice.....Fecha de contacto del paciente con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: si.....no..... Serología (IgG): positiva..... negativa..... no posee.....

Profesional:.....

Lugar y fecha:.....

Dosis aplicada:.....Lote N°.....Fecha de vencimiento:...../...../.....

2) DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:.....Fecha de nacimiento:...../...../..... Hora:.....

Peso:.....Edad gestacional:.....Fecha de inicio de enfermedad materna:.....

Establecimiento:..... Fecha de aplicación:...../...../..... Hora:..... Dosis aplicada:.....

Lote N°.....Fecha de vencimiento:...../...../.....

3) DATOS DEL INMUNOSUPRIMIDO

Apellido y nombre:.....Edad:.....Peso:..... Enfermedad de base:.....

Fecha de Inicio de Síntomas del caso índice.....Fecha de contacto del paciente con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: si.....no..... Serología (IgG): positiva..... negativa..... no posee.....

Fecha de aplicación de gammaglobulina:...../...../..... Dosis aplicada:.....Establecimiento:.....

Lote N°.....Fecha de vencimiento:...../...../.....

DATOS PROFESIONAL RESPONSABLE:

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....

Nota:

- La ficha deberá ser remitida al referente provincial del área de inmunizaciones