



PROVINCIA:.....DPTO..... REGIÓN.....

ESTABLECIMIENTO:.....

COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA A LA SITUACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ GAMMAGLOBULINA

1) DATOS DE LA PERSONA GESTANTE

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

Edad Gestacional:.....

Fecha de Inicio de síntomas del caso índice.....

Fecha de contacto de la persona con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: Sí..... No.....

Serología (IgG): Positiva..... Negativa..... No posee.....

Profesional:.....

Lugar y fecha:.....

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

2) DATOS DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

Apellido y nombre:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Hora:.....

Peso:..... Edad gestacional:.....

Fecha de inicio de los síntomas de la persona gestante

Establecimiento:.....

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

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



3) DATOS DE LA PERSONA CON INMUNOSUPRESIÓN

Apellido y nombre:.....

Edad:..... Peso:..... Enfermedad de base:

Fecha de Inicio de síntomas del caso índice.....

Fecha de contacto de la persona con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: Sí.....No.....

Serología (IgG): Positiva..... Negativa..... No posee.....

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

Establecimiento:.....

Lote Nº.....Fecha de vencimiento:...../...../.....

PROFESIONAL RESPONSABLE:

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....

Nota:

- La ficha deberá ser remitida al área de inmunizaciones jurisdiccional