

INFECÇÃO CONGÊNITA POR VÍRUS CITOMEGÁLICO HUMANO FICHA DE SEGUIMENTO AVALIAÇÃO AOS 6 ANOS

Caro Colega, agradecemos o preenchimento deste questionário e o seu rápido reenvio no envelope pré-pago. Por favor, responda ao maior número possível de questões utilizando maiúsculas. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação médica. Muito obrigado pela sua colaboração.

mês \_\_\_\_|\_\_\_\_|

Nome ou vinheta do notificador ..... nº de código \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

[Empty box for name or stamp]

Telefone \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| ou \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Fax \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

E-mail.....

1. Nome do doente (iniciais) \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| 2. Data de Nascimento: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

CONSULTA DE PEDIATRIA

Observação: Normal \_\_\_\_| Alterada \_\_\_\_|

Especifique alterações.....

EXAMES LABORATORIAIS OU IMAGIOLÓGICOS ALTERADOS

Não \_\_\_\_| Sim \_\_\_\_|

Especifique alterações.....

CONSULTA DE OFTALMOLOGIA

Normal \_\_\_\_| Alterada \_\_\_\_|

Especifique alterações.....

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Normal \_\_\_\_| Alterada \_\_\_\_|

Especifique alterações.....

AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

Normal \_\_\_\_| Alterada \_\_\_\_|

Especifique alterações.....

SEQUELAS

Idade de identificação: \_\_\_\_|\_\_\_\_| dias/meses/anos

Tipo de Sequela: .....; .....; .....; .....; .....

Idade da Intervenção: \_\_\_\_|\_\_\_\_| dias/meses/anos

Tipo de Intervenção: .....; .....; .....; .....; .....

OUTROS PROBLEMAS

.....
.....
.....
.....
.....