

INFECÇÃO CONGÊNITA POR VÍRUS CITOMEGÁLICO HUMANO FICHA DE SEGUIMENTO AVALIAÇÃO AOS 12 MESES

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 rectangular box for stamp or signature

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

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

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

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

OUTROS PROBLEMAS

Five horizontal dotted lines for additional notes