

INFEÇÃO CONGÊNITA POR VÍRUS CITOMEGÁLICO HUMANO FICHA DE SEGUIMENTO AVALIAÇÃO AOS 2 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

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