



FICHA DE EMBARAZADA HBsAg positiva

APLICACIÓN DE INMUNOGLOBULINA HIPERINMUNE (HBIG) AL RECIEN NACIDO

Provincia:
Dpto. Región:
Establecimiento:

1- DATOS DE LA MADRE HBsAg-positiva

Apellido y nombre:
Laboratorio que expidió resultado de positividad:
Profesional:
Lugar y fecha:

2- DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:
Fecha de nacimiento: / / Hora: Peso:
Establecimiento:

APLICACIÓN DE HBIg

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

APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B

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

Observaciones:
.....
.....

3 – DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y nombre:
Cargo o función:
Teléfono de contacto:
Lugar y fecha: