



Infecciones respiratorias perinatales y en mujeres embarazadas, incluida la COVID - 19

Instrucciones de llenado y definición de conceptos

OPS



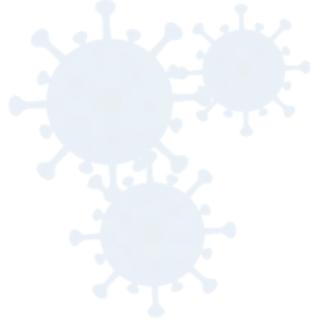
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN DE LAS AMÉRICAS

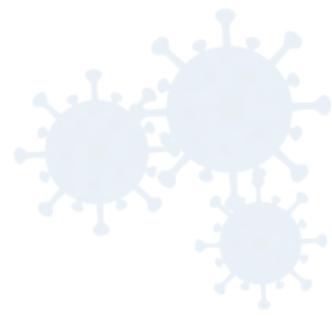
CLAP/SMR

Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la mujer y Reproductiva



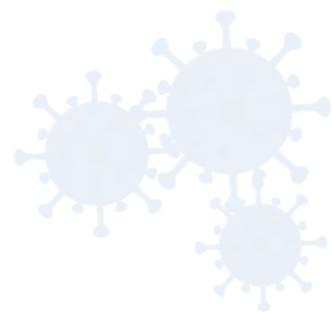
@OPS

versión 1, junio 2020.

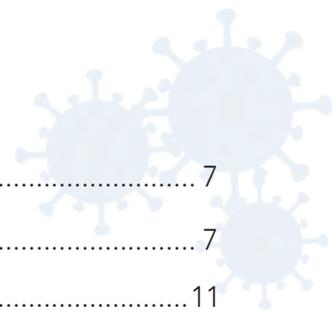


Infecciones respiratorias perinatales y en mujeres embarazadas, incluida la COVID-19

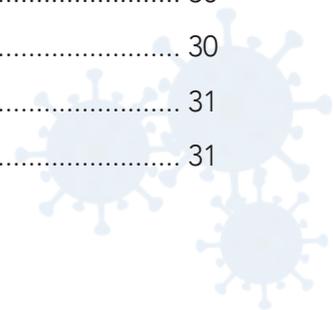
Instrucciones de llenado y
definición de conceptos



FICHA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS



Introducción	7
Antecedentes.....	7
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	11
Laboratorio.....	11
Antecedentes.....	14
Personales	14
Obstétricos	14
Gestación actual	16
Síntomas y signos de inicio.....	17
Medicamentos antes del diagnóstico	18
Otros test diagnósticos para infección por virus respiratorios	18
Síntomas y signos de infección respiratoria / obstétricos a la consulta	19
Ingresos	20
INGRESO	20
Motivo del ingreso	20
Evaluación al ingreso.....	21
Síntomas y signos de infección respiratoria al ingreso	22
Medicación al ingreso	23
Tratamiento de apoyo vital	23
Exámenes de laboratorio.....	24
Exámenes radiológicos	25
TERMINACIÓN	25
Nacimiento.....	28
Comorbilidades	30
Hipertensión.....	30
Hemorragia	30
Diabetes	31
Infecciones	31



Otros trastornos.....	31
Complicaciones obstétricas.....	31
Variables para identificar casos de near miss.....	32
Criterios clínicos/disfunción órgano-sistema	32
Laboratorio.....	33
Intervenciones.....	33
Recolección de muestras	34
Egreso materno	34
Condición al egreso	35
REGISTRO NEONATAL - COVID-19	36
Alojamiento del recién nacido en el establecimiento de salud	36
Características clínicas y tratamiento del recién nacido en relación con COVID-19	37
Otros diagnósticos y medicamentos administrados durante la estancia en el hospital	38
Alimentación del recién nacido.....	39
Exámenes de laboratorio en el recién nacido	40
Exámenes de imágenes en el recién nacido.....	41
Registro de pruebas diagnósticas de COVID-19.....	41
Situación del recién nacido al momento del egreso de la institución.....	42
Observaciones en el alta.....	43

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha desafiado los sistemas de salud en todo el mundo. El rápido aumento de la demanda de atención de personas con COVID-19 se ve agravado por el miedo, la información errónea y las limitaciones en el movimiento de personas y suministros que interrumpen la prestación de atención médica de primera línea para todas las personas.

Cuando los sistemas de salud están abrumados y las personas no pueden acceder a los servicios necesarios, aumentan tanto la mortalidad directa como la mortalidad indirecta por condiciones prevenibles y tratables. Los encargados de la toma de decisiones deberán tomar decisiones difíciles para garantizar que COVID-19 y otros problemas urgentes y continuos de salud pública se aborden mientras se minimizan los riesgos para los trabajadores de la salud y las comunidades.

Actualmente se están realizando investigaciones para comprender mejor el impacto de la infección por COVID 19 en las mujeres embarazadas y sus recién nacidos. Los datos son limitados, pero en la actualidad no hay evidencia de que tengan un mayor riesgo de enfermedad grave que la población general.

Sin embargo, debido a los cambios en sus cuerpos y sistemas inmunes, sabemos que las mujeres embarazadas pueden verse gravemente afectadas por algunas infecciones respiratorias. Por lo tanto, es importante que tomen precauciones para protegerse contra COVID-19 e informen a su proveedor de atención médica los posibles síntomas (como fiebre, tos o dificultad para respirar).

En este escenario los servicios de salud y en especial aquellos que asisten a las embarazadas y los recién nacidos, deben contar con registros de datos específicos de las enfermedades respiratorias virales de interés de salud pública.

Por este motivo CLAP generó un consenso rápido, en consulta con expertos de la Región y en constante comunicación con OMS para desarrollar un primer módulo de infecciones respiratorias, incluyendo el COVID 19 en su Sistema de Información Perinatal.

ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PERINATAL

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) es un centro técnico de la Organización Panamericana de la Salud. Ubicado en Uruguay desde 1970, CLAP ha sido referencia técnica y apoyo de la OPS en atención perinatal y salud de la mujer para los Ministerios de Salud de la Región de las Américas y el Caribe (AL&C). Durante décadas, los estándares de atención para las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto y el cuidado de sus recién nacidos se han basado en una red virtual de expertos nacionales que CLAP reunió para lograr un consenso técnico. Las intervenciones basadas en evidencia se han implementado oportuna y ampliamente en AL&C debido a esta experiencia pionera que ha creado un consenso en las iniciativas de salud pública en la Región.

En 1983, CLAP desarrolló una Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) y su copia en una Tarjeta para que la madre la lleve a través de los diferentes niveles de atención hasta el nacimiento. Los contenidos del HCPB se diseñaron en un formato precodificado en una sola página.

Las variables se seleccionaron por consenso de expertos, incluidos los datos que no podían pasarse por alto durante el cuidado de cualquier mujer embarazada para brindar servicios de calidad personalizados.

Las variables para registrar se presentaron en secciones en su orden cronológico desde la primera visita prenatal hasta el alta después del nacimiento. Este formulario significó un cambio importante en el concepto y el diseño de un registro clínico en nuestra Región en los años 80; fue escrito a mano en unas pocas líneas e incluyó menos información en la tarjeta entregada a la madre.

Las observaciones maternas y neonatales inesperadas o poco frecuentes de las variables registradas se resaltan en amarillo para llamar la atención del cuidador.

Utilizado como tecnología de punto de atención, el diseño solicita verificar y registrar sistemáticamente información de valor para individualizar la atención a cada mujer y su(s) recién nacido(s).

Además, una característica principal de SIP es ser un software diseñado para producir descripción de variables, la distribución de variables continuas y su presentación gráfica, así como reportes automáticos.

Las herramientas de análisis de datos e informes fueron diseñadas para su uso intuitivo y demostraron ser fáciles de usar. Los registros individuales también pueden recuperarse para auditoría.

Los formularios clínicos y el procesamiento digital de los datos se denominó Sistema de Información Perinatal (SIP). En su nueva versión con plena interoperabilidad e integración a otros sistemas digitales puede considerarse una plataforma telemática para el desarrollo de redes de *big data*.

Casi todos los países de la Región de AL&C y adaptaron SIP como estándar para la atención perinatal.

Los contenidos de la Historia Clínica Perinatal, relacionados con el cuidado de la salud, se actualizaron periódicamente por consenso de expertos con el objetivo de incluir y priorizar los datos necesarios para la atención al paciente y evaluar su calidad.

La atención perinatal ha evolucionado rápidamente desde el lanzamiento de la primera versión de SIP. Programas de salud prioritarios como la reducción de enfermedades infecciosas transmitidas de la madre al bebé (VIH, sífilis, hepatitis B) se han incluido con los datos necesarios para monitorear su manejo a nivel local.

Las vacunas de la madre antes y durante el embarazo, las tasas de cesárea e inducción, planificación familiar, manejo seguro de abortos involuntarios, etc., se han abordado en el diseño de los registros y se han presentado en informes estándar que simplifican el análisis que compara las instituciones y las tendencias temporales.

La tecnología de la información también evolucionó y desde el primer diseño de DOS, SIP se mudó a Windows con tablas de Access y se desarrollaron varias versiones. La pantalla de entrada de datos se cambió a un facsímil de la versión impresa, muy fácil de usar por el personal clínico. Desde la PC independiente inicial hasta las redes institucionales que instalan SIP en un servidor y acceden e ingresan datos desde varias PC, el equipo de Tecnologías de la Información (TI) de CLAP adaptó continuamente nuevas mejoras a SIP. Más recientemente, un nuevo SIP basado en la web (SIP Plus) que

ahora cuenta con la posibilidad de utilizar teléfonos móviles y tabletas para en el ingreso y análisis de los datos renovó por completo las características informáticas de SIP.

Programado en Scala y base de datos en Coach DB, SIP Plus permite su uso en cualquier ubicación y entrada de datos incluso cuando no hay conexión a Internet disponible, cargando los datos automáticamente cuando el dispositivo regresa a un área con acceso a Internet.

Debido a su diseño avanzado, ahora se agregan fácilmente nuevos módulos y la versión actual tiene un formulario para mujeres en situación de aborto, un formulario para la Unidad de Cuidados intensivos Neonatales, un módulo especial de anomalías congénitas y se han agregado más datos para registrar las vacunas durante el embarazo.

La identidad de un nuevo registro se basa en la identificación de la mujer embarazada, el orden del embarazo que se está reservando y el orden de los nacimientos múltiples.

Cada caso, pérdida gestacional precoz, muerte fetal o recién nacido vivo se registra en un solo registro.

El archivo de datos permite rastrear los registros clínicos sucesivos de cualquier mujer en su trayectoria reproductiva. Para los recién nacidos, la información comienza desde la concepción y podría seguirse como un Registro del curso de vida.

La extensión de esta tecnología a través de la Región de AL&C es una consecuencia de las oficinas de país de la OPS y su coordinación nacional que permite la comunicación continua con el nivel técnico del Ministerio de Salud y atiende sus demandas específicas para personalizar SIP para sus necesidades.

Aunque SIP promueve un estándar de atención actualizado con nuevas prioridades e intervenciones de salud pública, con frecuencia CLAP proporciona la personalización de los formularios y los reportes automáticos a las necesidades específicas del país.

En la nueva era de los registros electrónicos de salud, SIP tiene la ventaja de haber construido una larga experiencia internacional para satisfacer las necesidades básicas de todos los niveles de atención de mujeres y recién nacidos en los vastos territorios y la diversidad de servicios de salud de la Región de AL & C.

SIP Plus tiene una interoperabilidad avanzada que permite integrarlo en cualquier sistema electrónico de registros clínicos. Las experiencias en varios países demuestran que la interoperabilidad es factible y no solo con los sistemas de salud sino con cualquier otra plataforma en el área del gobierno digital. Uruguay ha incrustado el Certificado de nacimiento vivo en SIP Plus, con enlaces al Registro Civil y la Oficina de Identificación Nacional.

La investigación en servicios de salud es el pilar de la evaluación de la calidad. SIP se convirtió en la herramienta específica porque su concepto principal es crear un estándar de atención y registrar las variables necesarias para describir la carga de los problemas, las intervenciones utilizadas y los resultados. SIP Plus simplifica el análisis de datos a nivel institucional y se ha utilizado ampliamente.

En un momento en que un registro estándar solo se usaba en proyectos de investigación y el análisis solo lo realizaban estadísticos y epidemiólogos, CLAP creó un registro clínico para que ingrese y archive datos cualquier proveedor de atención médica durante un período esencial y que puede continuarse durante el curso de vida.

SIP también simplificó la producción de informes de calidad de servicios de salud en instituciones locales que pueden compilarse a nivel nacional y regional. Varios países tienen informes anuales sobre la atención perinatal basados en el procesamiento central de los datos institucionales locales solicitados por las reglamentaciones nacionales.

Un avance importante en la calidad de los servicios ha sido la implementación de intervenciones basadas en evidencia por estudios bien diseñados. Para medir su impacto se requieren datos reales en tiempo real de las necesidades de cada población y los resultados logrados.

La recolección de datos de registros clínicos individuales es considerada una transición importante en la investigación de servicios de salud que SIP originalmente estandarizó e implementó en una Región (AMRO) de la OMS y que mantiene su desarrollo durante más de tres décadas. Otras regiones pueden seguir esta iniciativa que aborda una prioridad mundial y que puede ayudar a resolver las brechas de información que enfrenta actualmente.

La clave de la historia de éxito de SIP se basa en enraizar la iniciativa en las prioridades de los individuos y de salud pública, comprender el proceso de atención en todos los niveles de complejidad y complementar este enfoque con tecnología moderna de IT. SIP no es una tecnología de TI, SIP es una herramienta en servicios de salud que utiliza tecnología de TI para hacer que las prioridades de los servicios de salud sean accesibles para todos.

El objetivo del CLAP es difundir SIP Plus en todos los países de la Región en un momento en que la información puede fluir fácilmente a través de los servicios de salud y preferiblemente en un formato estándar. Desde una era sin datos para proporcionar atención continua y para evaluar su calidad, SIP ha avanzado durante tres décadas para garantizar que los datos estén disponibles. **!Si faltan datos, falta atención!**

La capacitación en el uso de SIP también ha evolucionado y la mayoría la realizan capacitadores locales después de una presentación inicial de los profesionales de CLAP. El acceso al enlace de demostración ha facilitado la capacitación porque la mayoría de los recursos de salud ya están utilizando tecnologías de TI. La página inicial de SIP permite seleccionar el idioma y el español y el inglés están disponibles para el ingreso y análisis de datos.

FORMULARIO SIP COVID

MODULO MATERNO PERINATAL

Ficha de infecciones respiratorias		CRITERIOS DE INCLUSIÓN		LABORATORIO	
Infección respiratoria sospechada o confirmada por agente patógeno de interés de Salud Pública		Tos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Sospecha de IRA a pesar de no reunir los anteriores criterios <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí	
Historia de sensación febril o fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$		Disnea (falta de aire) o Taquipnea* <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		COVID-19 (SARS-CoV2) <input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> - pendiente <input type="radio"/> no hecho	
		* Frecuencia Respiratoria ≥ 20 en ≥ 12 años.		IgG <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> IgM <input type="radio"/>	
NOMBRES					
APELLIDOS					
DOMICILIO					
DEPARTAMENTO		LOCALIDAD		TELÉFONO / CELULAR	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD (años)		PESO	
TALLA (cm)		ETNIA		ESTADO CIVIL	
ESTUDIOS		Años en mayor nivel		Trabajador de la salud	
Trabajador de laboratorio		Trabajador de laboratorio		¿Cuál? <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES					
PERSONALES		FUMADORAS		OBSTETRICOS	
TBC <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Fumadora activa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Gestas previas <input type="checkbox"/>	
Diabetes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Fumadora pasiva <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Abortos <input type="checkbox"/>	
Hipertensión <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Drogas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Vaginales <input type="checkbox"/>	
Preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Alcohol <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Nacidos vivos <input type="checkbox"/>	
Eclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		EPOC <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Viven <input type="checkbox"/>	
Cinuria genito-urinaria <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Asma <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Muerdos 1 ^{er} sem. <input type="checkbox"/>	
Infertilidad <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Enfermedad hepática crónica <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Muerdos después de 1 ^{er} sem. <input type="checkbox"/>	
Cardiopatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Trastornos neurológicos crónicos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		FIN DEL EMBARAZO ANTERIOR	
Nefropatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Asplenia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		día mes año	
Violencia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Otros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	
HIV <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Neoplasia maligna <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		EMBARAZO PLANEADO \rightarrow no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	
Sífilis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Vacunación contra influenza <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Fracaso método anticonceptivo	
				No usaba <input type="radio"/> Barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> Hormonal <input type="radio"/> Emergencia <input type="radio"/> Natural <input type="radio"/>	

CRITERIOS DE INCLUSIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL

Este formulario se completará para cada paciente con infección respiratoria de interés para la salud pública, comprobada o sospechada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Son criterios de inclusión:

- Sospecha o confirmación de infección respiratoria por agente patógeno de interés para la Salud Pública como por ejemplo SARS, MERS, COVID-19.
- Historia de fiebre auto informada o fiebre medida de $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- Tos.
- Disnea o frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto en niños y mayores de 20 por minuto después de los 13 años de edad.
- Sospecha clínica de una infección respiratoria aguda a pesar de no cumplir con los criterios anteriores o
- Contacto con un caso confirmado de COVID 19.

LABORATORIO

Marque si los resultados de laboratorio para covid 19 están disponibles al ingreso.

- Positivo.
- Negativo.
- Hecho pero pendiente de resultado.
- No hecho.

TIPO DE PRUEBAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO COVID 19

Marque cual o cuales resultados de pruebas diagnósticas estaban disponibles y fueron realizadas en el momento en que se cumplieron los criterios de inclusión.

- **IgG:** inmunoglobulina G sérica específica para COVID19.
- **IgM:** inmunoglobulina M sérica específica para COVID19.
- **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa para COVID19 (SARS CoV2).

NOMBRES/APELLIDOS

Ingrese el(los) nombre(s) de pila y apellido(s) de la mujer.

DOMICILIO

Ingrese el lugar de residencia habitual del paciente. Ingrese nombre de la calle, número de la casa/apartamento. Si la dirección no se pudo ubicar en base a estos datos, indique cualquier otra referencia que pueda ser útil para la ubicación. (por ejemplo: km 5 de la ruta 3).

DEPARTAMENTO

Ingrese el nombre del departamento/provincia/estado del domicilio.

LOCALIDAD

Ingrese en nombre de la ciudad, pueblo, aldea, etc.

TELÉFONO (# DE TELÉFONO)

Ingrese el número de teléfono fijo y/o celular en la dirección habitual. Si la mujer no tiene teléfono, indique un número para permitir que el personal se comunique con la familia del paciente.

INSTITUCIÓN

Ingrese el nombre o código de la Institución donde se atiende al paciente. Una lista desplegable puede estar disponible cuando el administrador de TI haya incluido los códigos nacionales asignados.

CÓDIGO DE PAÍS

Se mostrará tal como se ingresó cuando se inicia un nuevo caso en el sistema.

TIPO DE DOCUMENTO

Se mostrará tal como se ingresó al iniciar un nuevo caso en el sistema.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Se mostrará tal como se ingresó al iniciar un nuevo caso en el sistema.

FECHA DE NACIMIENTO (DE LA MUJER EMBARAZADA)

Ingrese la fecha de nacimiento (día, mes y año).

EDAD (años)

Ingrese la edad al momento de iniciar la atención.

Pregunte: ¿Cuántos años cumplidos tiene?

PESO

Ingrese el peso en kilogramos.

TALLA (cm)

Ingrese la altura en centímetros.

ETNIA

Este es un dato obtenido por auto identificación. Pregunte ¿Cómo se considera? ¿Afro? ¿Amarilla? ¿Blanca? ¿Indígena? ¿Otra? Marque respuesta según corresponda. Si no tiene una respuesta marque s/d.

ESTADO CIVIL

Ingrese según corresponda: casada, viuda, divorciada, soltera o desconocido (n/d).

ESTUDIOS

Marque ninguno si la paciente no ha ingresado al sistema educativo formal; cuando haya concurrido, marque solo el nivel más alto de escolaridad asistido: primaria, secundaria, universitarios ingresando el número de años completados en ese nivel.

RIESGO OCUPACIONAL

Esta variable permite identificar las pacientes que trabajan en áreas de mayor riesgo ocupacional.

Marque **Trabajador de salud** cuando el paciente trabaja en un centro de salud, marque **Trabajador de laboratorio** cuando el paciente trabaja en un centro de laboratorio relacionado con la salud.

O, marque **Otro** y especifique.

ANTECEDENTES

PERSONALES

Esta sección se refiere al historial médico personal de la mujer.

Marque si/no si alguna de las siguientes condiciones se aplica a la paciente.

- Tuberculosis.
- Diabetes (I, II, Gest.).
- Hipertensión.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Cirugía uro-genital (no incluye cesáreas).
- Infertilidad.
- Cardiopatía.
- Nefropatía.
- Violencia.
- HIV.
- Sífilis.
- Fumadora activa.
- Fumadora pasiva.
- Drogas.
- Alcohol.
- EPOC.
- Asma.
- Enfermedad hepática crónica.
- Trastornos neurológicos crónicos.
- Asplenia.
- Otros. Especificar cuáles.
- Neoplasia maligna.

Vacunación contra la influenza

Marque si la paciente ha sido vacunada contra la influenza e ingrese la fecha de la vacunación.

OBSTÉTRICOS

Esta sección se destina a identificar los detalles de la historia obstétrica de la paciente: embarazos, partos y recién nacidos, abortos.

Gestas previas

Ingrese el número de gestaciones anteriores independientemente del tipo de terminación. Ingrese 00 si este es el primer embarazo.

Abortos

Un aborto se define como la expulsión del producto de la gestación antes de la semana 22 del embarazo, o un peso inferior a 500 gramos. Se registrarán abortos espontáneos e interrupciones voluntarias.

Si la mujer informa 3 abortos espontáneos o inducidos consecutivos, marque la casilla amarilla.

Partos / Vaginales - Cesáreas

Ingrese el número total de partos y el número específico en cada uno de los diferentes tipos de terminación del embarazo.

ULTIMO PREVIO

Marque si el bebé* pesó menos de 2,500g o $\geq 4,000$ g, si fue normal, o marque N / A (no aplicable) si no hubo nacimientos previos.

* Se refiere al peso del recién nacido en el último embarazo.

Antecedentes de gemelares

Marque no/si según corresponda si alguno de los embarazos anteriores fue múltiple.

Nacidos vivos

Según la CIE-10, un recién nacido se clasificará como vivo si muestra signos de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerará que el recién nacido muestra signos de vida si respira, tiene latidos cardíacos, pulso del cordón umbilical o si hay evidencia de movimiento en los músculos voluntarios. Un recién nacido puede clasificarse como vivo independientemente del hecho de que el cordón umbilical se haya cortado o no, o si la placenta está unida o no.

Viven

Ingrese el número de niños que están vivos al momento de la consulta de la mujer.

Muertos en la 1ª semana

Ingrese el número de nacidos vivos que murieron entre el nacimiento y el séptimo día de vida (6 días, 23 horas, 59 minutos).

Muertos después de la primera semana

Ingrese el número de nacimientos vivos que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más).

Nacidos muertos

Según la CIE-10, un recién nacido se clasificará como muerto si no muestra signos de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.

FIN DEL EMBARAZO ANTERIOR

Ingrese el día, mes y año de finalización del embarazo anterior. Marque el círculo amarillo cuando el intervalo entre la interrupción del embarazo anterior y el inicio de este embarazo sea inferior a 1 año. Deje el cuadro en blanco si este es su primer embarazo.

EMBARAZO PLANEADO

Consulte a la mujer si el presente embarazo fue intencional o planeado y registre **si** o **no** según corresponda.

FRACASO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Marque cualquier método anticonceptivo utilizado durante el mes anterior a este embarazo.

- No usaba.
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- DIU: dispositivo intrauterino.
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmica (parche, vaginal), subdérmica, implante o inyecciones.
- Anticoncepción de emergencia (emergencia): levonorgestrel solo o combinado con estrógenos y progestina.
- Natural (métodos naturales): método de día fijo, lactancia materna-amenorrea (LAM), abstinencia periódica, ritmo, Billings.

GESTACIÓN ACTUAL

Esta sección contiene información básica sobre la duración del embarazo en la primera consulta en un servicio de salud.

GESTACIÓN ACTUAL	FUM	dia mes año	FPP	dia mes año	Edad gestacional a la consulta	<input type="text"/>	Fecha de la consulta	dia mes año
-------------------------	-----	-----------------	-----	-----------------	--------------------------------	----------------------	----------------------	-----------------

FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACION (FUM)

Ingrese la fecha del primer día de la última menstruación (día, mes y año).

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)

Ingrese la fecha 280 días después de la FUM (día, mes y año).

EDAD GESTACIONAL EN LA CONSULTA

Ingrese la edad gestacional calculada en semanas al momento de la consulta.

FECHA DE CONSULTA

Ingrese el día, mes y año del día en que la paciente consulta por primera vez en una clínica.

SINTOMAS Y SIGNOS DE INICIO

Esta sección recopila información sobre el inicio de la infección respiratoria.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INICIO		MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO	
Fecha del inicio de los síntomas día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		¿Tomaba en los 14 días previos al diagnóstico alguno de los siguientes medicamentos?	
Historia de fiebre <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Cefaleas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina IECA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	Antinausea <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Especificar: _____
Tos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II BRAII <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Vitaminas <input type="radio"/> <input type="radio"/> Especificar: _____
Tos seca <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Vómitos / náuseas <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Antiinflamatorios no esteroideos <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Micronutrientes <input type="radio"/> <input type="radio"/> Especificar: _____
Tos con secreción <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Diarrea <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Antitérmicos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Especificar: _____	Antivirales <input type="radio"/> <input type="radio"/> Especificar: _____
Dolor de garganta <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Anosmia / hiposmia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Anticonvulsivantes <input type="radio"/> <input type="radio"/> Especificar: _____	Antibióticos <input type="radio"/> <input type="radio"/> Especificar: _____
Rinorrea <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Ageusia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		
Mialgias / artralgias <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Hemorragia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		
Fatiga <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Otros <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____		
Falta de aire <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
OTROS TEST DIAGNÓSTICOS PARA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS			
Coronavirus <input type="radio"/> negativo <input checked="" type="radio"/> positivo	<input type="radio"/> MERS-CoV <input type="radio"/> SARS-CoV1 <input type="radio"/> SARS-CoV2	Influenza <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> no realizado	Otros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Especificar: _____

Fecha de inicio de los síntomas

Ingrese la fecha (día, mes y año) del inicio de los síntomas como lo recordó la paciente.

De la siguiente lista, marque todos los síntomas presentes antes de la primera consulta.

- Historia de fiebre (fiebre reciente).
- Tos.
- Tos seca.
- Tos con secreción.
- Dolor de garganta.
- Rinorrea.
- Mialgia/artralgia.
- Fatiga.
- Falta de aire.
- Cefaleas.
- Dolor abdominal.
- Vómitos/náuseas.
- Diarrea.
- Anosmia /hiposmia (pérdida total o parcial del olfato).
- Ageusia (pérdida del paladar, sabor).
- Hemorragia.
- Otros. En caso afirmativo especificar.

MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO (PRIMERA CONSULTA)

Marque si en cada uno de los siguientes medicamentos si se administró 14 días antes de la primera consulta.

- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina IECA.
- Bloqueadores de angiotensina BRAII.
- Antinflatomatorios no esteroideos (drogas AINE).
- Antitérmicos (antipiréticos) (especificar cuál).
- Anticonvulsivantes (especificar cuál).
- Antinauseas (antieméticos).
- Vitaminas (especificar cuál).
- Micronutrientes (especificar cuál).
- Antivirales (especificar cuál).
- Antibióticos (especificar cuál).

OTROS TEST DIAGNÓSTICOS PARA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS

Esta sección recopila información de las pruebas de diagnóstico realizadas para la identificación del agente viral que causa la infección respiratoria.

Marque la prueba de laboratorio solicitada y resultado.

OTROS TEST DIAGNÓSTICOS PARA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS					
Coronavirus					
negativo <input type="radio"/>	positivo <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		MERS-CoV	Influenza	no	Otros
		SARS-CoV1	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>
		SARS-CoV2	no realizado <input type="radio"/>		si <input checked="" type="radio"/>
					Especificar: _____

Coronavirus

Compruebe si la prueba es positiva o negativa y especifique si fue MERS, SARS CoV 1 o SARS CoV 2.

Influenza

Marque si la prueba es positiva, negativa o si no fue hecha.

Otros virus

Compruebe si se solicitó test diagnóstico para otro virus y si el resultado fue Positivo o Negativo. Especificar el virus estudiado.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA RESPIRATORIA / OBSTÉTRICOS A LA CONSULTA

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA / OBSTÉTRICOS A LA CONSULTA								
Historia de fiebre	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	Falta de aire	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	Anosmia / hiposmia	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Imposibilidad para caminar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ageusia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos seca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tiraje bajo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Lugar: _____
Tos con secreción	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cefaleas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Especificar: _____
Dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Confusión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de líquido amniótico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> _____
Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado vaginal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sibilancias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vómitos / náuseas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Trastornos agudos de la visión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en hipocondrio derecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mialgias/artralgias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Conjuntivitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disminución o desaparición de MF	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fatiga	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Linfadenopatías	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Contracciones uterinas dolorosas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
						Frecuencia respiratoria (Rpm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
						Frecuencia cardíaca (Lpm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
						Temperatura °C <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
INGRESA								
no <input type="radio"/>		si <input checked="" type="radio"/>		<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año				

Marque (si/no) en la lista cada uno de los síntomas presentes en el examen físico al momento de la primera consulta.

- Historia de fiebre (fiebre reciente).
- Tos.
- Tos seca.
- Tos con secreción.
- Dolor de garganta.
- Rinorrea.
- Sibilancias.
- Dolor en el pecho.
- Mialgias/artralgias.
- Fatiga.
- Falta de aire (dificultad respiratoria).
- Imposibilidad para caminar.
- Tiraje bajo.
- Cefaleas.
- Confusión.
- Dolor abdominal.
- Vómitos / náuseas.
- Diarrea.
- Conjuntivitis.
- Linfadenopatías.
- Anosmia / hiposmia (pérdida total o parcial del olfato).
- Ageusia (pérdida del paladar, sabor).
- Hemorragia: especificar sitio.
- Otros (síntomas no descritos) : especificar.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Sangrado vaginal.
- Trastornos agudos de la visión.
- Dolor en hipocondrio derecho.
- Disminución o desaparición de los movimientos fetales.
- Contracciones uterinas dolorosas.

Frecuencia respiratoria

Ingrese la cantidad de respiraciones en un minuto (Rpm).

Frecuencia cardíaca

Ingrese el número de latidos por minuto (Lpm).

Temperatura

Ingrese el valor de la temperatura, dos dígitos y un decimal en grados Celsius.

INGRESA (a un centro de salud)

Esta sección registra la decisión médica de admitir la paciente en un centro de salud o continuar la atención ambulatoria, después de completar la evaluación durante la consulta.

Marque **si** si la paciente es INTERNADA y **no** si la paciente no requiere este nivel de atención. Ingrese la fecha de INGRESO en el formato día mes y año.

En caso de continuar la atención ambulatoria, no deberá llenarse la ficha de ingreso.

INGRESA		
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	día mes año

MÓDULO DE INGRESO

Ficha de infecciones respiratorias - INGRESO			Motivo de ingreso:														
NOMBRES			FECHA DE INGRESO			Institución											
APELLIDOS			día mes año			N° identidad											
Cuidados mínimos			cuidados intermedios			CTI o unidad de alta demanda											
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/>			no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/>			no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/>											
EVALUACIÓN AL INGRESO																	
Presión arterial sistólica (mm Hg)	Presión arterial diastólica (mm Hg)	Temperatura °C	Tiempo de relleno capilar > 2 seg.	Peso al ingreso (Kg)	SpO ₂ (%)	al aire	O ₂ terapia	PaCO ₂ (mmHg)	AVDN *	FCF (Lpm)							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
										* Alerta Voz No respuesta							

MOTIVO DE INGRESO

Cuando la paciente tiene criterios de inclusión y es admitida en un centro de salud. Especifique el motivo de este ingreso.

FECHA DE INGRESO.

En el formato día, mes y año.

NOMBRES/APELLIDOS

Ingrese el(los) nombre(s) de pila y apellido(s) de la mujer.

DOMICILIO

Ingrese el lugar de residencia habitual del paciente. Ingrese nombre de la calle, número de la casa/apartamento. Si la dirección no se pudo ubicar en base a estos datos, indique cualquier otra referencia que pueda ser útil para la ubicación. (por ejemplo: km 5 de la ruta 3).

DEPARTAMENTO

Ingrese el nombre del departamento/provincia/estado del domicilio.

LOCALIDAD

Ingrese en nombre de la ciudad, pueblo, aldea, etc.

TELÉFONO (# DE TELÉFONO)

Ingrese el número de teléfono fijo y/o celular en la dirección habitual. Si la mujer no tiene teléfono, indique un número para permitir que el personal se comunique con la familia del paciente.

INSTITUCIÓN

Se mostrará cómo se ingresó cuando se inicia un nuevo caso en el sistema.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Se mostrará cómo se ingresó cuando se inicia un nuevo caso en el sistema.

NIVEL DE ATENCIÓN:

Marque el nivel de atención necesario al ingreso (mínimo, intermedio, intensivo).

EVALUACIÓN AL INGRESO

Esta sección recopila información sobre el examen físico en el momento del ingreso al hospital.

Presión arterial sistólica

Ingrese el valor de la presión arterial sistólica en mmHg.

Presión arterial diastólica

Ingrese el valor de la presión arterial sistólica en mmHg.

Temperatura

Ingrese el valor de la temperatura axilar, con dos dígitos y un decimal, en grados Celsius.

Tiempo de llenado capilar

Ingrese si el tiempo de llenado capilar es mayor de 2 segundos.

Peso al ingreso

Ingrese el valor del peso de la paciente al ingreso en Kg.

SpO₂

Ingrese el valor del porcentaje de saturación parcial de oxígeno, indicando si la paciente recibe asistencia con aire ambiental, oxígeno o si no tiene ese dato.

PaCO₂

Ingrese el valor de la presión parcial de CO₂ arterial, en mm Hg, recolectada al momento del ingreso.

AVPU (Alerta, Visual, Dolor, No Respuesta)

Ingrese el valor de la puntuación AVPU de la paciente en el momento del ingreso.

FCF - Frecuencia cardíaca fetal

Ingrese el valor de la frecuencia cardíaca fetal (en latidos por minuto) medida con el estetoscopio obstétrico o el monitor fetal en el momento del ingreso.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AL INGRESO

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AL INGRESO											
		no	si			no	si			no	si
Historia de fiebre	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mialgias/artralgias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vómitos/náuseas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de líquido amniótico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Fatiga	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado vaginal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos seca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Falta de aire	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Conjuntivitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Trastornos agudos de la visión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos con secreción	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Imposibilidad para caminar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Linfadenopatías	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en hipocondrio derecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tiraje bajo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Anosmia/hiposmia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disminución o desaparición de MF	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cefaleas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ageusia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Contracciones uterinas dolorosas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sibilancias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Confusión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hemorragia	<input type="radio"/>	Lugar: _____			
Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otros	<input checked="" type="radio"/>	Especificar: _____			

Esta sección recopila información de los signos y síntomas de la paciente evaluados por el profesional que la atiende en el momento del ingreso.

Marque (si/no) en uno o más de los siguientes:

- Historia de fiebre (fiebre reciente).
- Tos.
- Tos seca.
- Tos con secreción.
- Dolor de garganta.
- Rinorrea.
- Sibilancias.
- Dolor en el pecho.
- Mialgias/artralgias.
- Fatiga.
- Falta de aire (dificultad respiratoria).
- Imposibilidad para caminar.
- Tiraje bajo.
- Cefaleas.
- Confusión.
- Dolor abdominal.
- Vómitos / náuseas.
- Diarrea.
- Conjuntivitis.
- Linfadenopatías.
- Anosmia / hiposmia (pérdida total o parcial del olfato).
- Ageusia (pérdida del paladar, sabor).
- Hemorragia: especificar sitio.
- Otros síntomas no descriptos (especificar).
- Pérdida de líquido amniótico.
- Sangrado vaginal.
- Trastornos agudos de la visión.
- Dolor en hipocondrio derecho.
- Disminución o desaparición de los movimientos fetales.
- Contracciones uterinas dolorosas.

MEDICACIÓN AL INGRESO

MEDICACIÓN AL INGRESO			
Fluidos orales	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	BRILL <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Fluidos intravenosos	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Plasma de paciente convalesciente <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Antivirales	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Ivermectina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Interferón	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Anticonvulsivantes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Antibióticos	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Antinauseosos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Antifúngicos	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Vitaminas / micronutrientes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Antimaláricos	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Tocolíticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Agentes experimentales	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Inductor de parto <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
Antitérmico / antitermo	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	Corticoides para maduración pulmonar <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
IECA	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Especificar: _____	
TRATAMIENTO DE APOYO VITAL. ¿está la paciente actualmente recibiendo alguno de los siguientes?			
Oxígeno <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> L/min	Ventilación invasiva <input type="radio"/> no invasiva <input type="radio"/>	Inotrópicos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Inotróp. 1 <input type="radio"/>
		Especificar: _____	Inotróp. 2 <input type="radio"/>
		ECMO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Inotróp. 3 <input type="radio"/>

Esta sección recopila información sobre el plan terapéutico iniciado en el momento del INGRESO.

Marque (si/no) en una o más de las intervenciones farmacológicas de esta lista, especificando la dosis y vía de administración cuando corresponda.

- Fluidos orales.
- Fluidos intravenosos.
- Antivirales.
- Interferón.
- Antibióticos.
- Antifúngicos.
- Antimaláricos.
- Agentes experimentales.
- Antitérmico / antitermo.
- IECA (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina).
- BRILL (bloqueadores de angiotensina).
- Plasma de paciente convalesciente.
- Ivermectina.
- Anticonvulsivantes.
- Antinauseosos.
- Vitaminas / micronutrientes.
- Tocolíticos.
- Inductor de parto.
- Esteroides para la maduración pulmonar.

TRATAMIENTO DE APOYO VITAL

Esta sección recopila información sobre el plan de asistencia respiratoria y apoyo vital iniciado en el momento del INGRESO.

Oxígeno L/min

Ingrese el volumen de administración de O₂ a la paciente en litros por minuto.

Ventilación

Marque si se proporciona ventilación invasiva (es decir, con intubación endotraqueal) o no invasiva (CPAP / HFO).

- Urea (mg/dL).
- Lactato (mmol/L).
- Creatinina (mg/dL).
- Sodio (mEq/L).
- Potasio (mEq/L).
- Bicarbonato (mEq/L).
- Déficit de base (mmol/L).
- pH.
- PaO₂ / FiO₂ (mmHg).
- PaCO₂ (mmHg).

EXÁMENES RADIOLÓGICOS

EXÁMENES RADIOLÓGICOS	
Rx de tórax / TC	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Patológica	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____

Esta sección recoge información de los resultados de las imágenes radiológicas obtenidas en el momento del ingreso.

Rx de tórax / TC

Ingrese el resultado radiografía de tórax / tomografía computada como Normal o Anormal y especifique la síntesis diagnóstica encontrada.

TERMINACIÓN

Este módulo recopila información sobre la terminación del embarazo de aquellas mujeres embarazadas que ingresaron con infecciones respiratorias durante el embarazo y el parto.

Ficha de infecciones respiratorias - TERMINACIÓN											
NOMBRES						Institución					
APELLIDOS						N° identidad					
Terminación durante la infección <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Fecha de terminación		Parto <input type="radio"/> Aborto <input checked="" type="radio"/>		Inicio Diagnóstico final aborto <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Via terminación <input type="radio"/> Espontáneo <input type="radio"/> Inducido <input checked="" type="radio"/> Ces. elect. <input checked="" type="radio"/>		Via terminación <input type="radio"/> Espontáneo <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Razón: <input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Coordinada <input type="radio"/> Decisión materna	
Rotura de membranas anteparto <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Fecha de rotura		Temp. ≥ 38°C <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Múltiple <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Medicación recibida <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Anestesia local <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
Presentación <input type="radio"/> Cefálica <input checked="" type="radio"/> Pelviana <input checked="" type="radio"/> Transversa <input type="radio"/>		Tamaño fetal acorde <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Acompañante <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/>		Corticoides antenatales <input type="radio"/> Completo <input type="radio"/> Incompl. <input checked="" type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>		Anestesia regional <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Anestesia general <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
NACIMIENTO <input type="radio"/> Vivo <input checked="" type="radio"/> Muerto anteparto <input type="radio"/> Parto <input checked="" type="radio"/> Ignora momento <input type="radio"/>		Posición parto <input type="radio"/> Sentada <input type="radio"/> Acostada <input type="radio"/> Cucullas <input type="radio"/>		Episiotomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Desgarros Grado (1 a 4) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Ocitócicos <input type="radio"/> Prealumbamiento <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Placenta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
Sexo <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No definido <input type="radio"/>		Peso al nacer		Perímetro cefálico (cm)		Longitud corporal (cm)		Edad gestacional sem. días		Estimación <input type="radio"/> FUM <input type="radio"/> ECO <input type="radio"/>	
Reanimación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Oxígeno <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Intubación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Máscara <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Masaje <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Medicación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	

Al ingresar los datos en esta sección es necesario reescribirlos si el formulario se está llenando en papel. En caso de que se está llenando en el programa aparecerá automáticamente según los datos ingresados en la primera sección de este.

NOMBRES, APELLIDOS, INSTITUCIÓN Y NÚMERO DE IDENTIDAD

Esta información fue proporcionada en el momento del ingreso; cuando se hizo en forma digital, se cargará automáticamente.

Terminación durante la infección

Marque si el evento de nacimiento o aborto ocurrió durante una infección respiratoria activa.

Fecha de terminación

Ingrese la fecha y hora de la finalización del embarazo (día, mes, año, hora, min).

Modo de terminación

Ingrese el modo de interrupción: parto o aborto.

En caso de corresponder a un aborto, consignar el diagnóstico final como se codifica en la CIE10; las opciones se desplegarán y deberá ser seleccionada la que corresponde.

Inicio

Marque si el inicio del trabajo de parto o el aborto es espontáneo, inducido (en caso de aborto permitido en la ley del país) o no tuvo trabajo de parto y el nacimiento fue en una cesárea electiva

Vía de terminación

Se describirá la vía de terminación; ingrese el tipo de parto: Espontáneo (normal), Instrumental (fórceps), Cesárea.

Cuando se trate de una cesárea, ingrese el motivo: Urgencia, Coordinada (por el equipo médico) por Decisión de la madre.

Consultas prenatales

Ingrese el número total de visitas antenatales según lo registrado previamente en su registro prenatal o el que la embarazada pueda recordar.

Edad gestacional en el momento de la terminación

Ingrese la edad gestacional al momento de la terminación del embarazo en semanas con la mejor estimación basada en la FUM y / o estimada por ultrasonido temprano. Si es menor a 22 semanas será considerado un aborto.

Rotura de membranas anteparto

La rotura de membranas anteparto (RPM) se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto, a cualquier edad gestacional.

Si se confirma la rotura de las membranas antes de que comience el parto, ingrese el tiempo transcurrido desde que se detectó la fuga de líquido amniótico (por: fecha y hora (hora / min)).

Marque (sí/ no) si se confirma que la rotura de membranas o pérdida de líquido amniótico:

- Comenzó antes de la 37ª semana de gestación.
- Tiempo desde la rotura de las membranas hasta el nacimiento es igual o mayor de 18 horas.
- La temperatura de la madre es $> 38^{\circ} \text{C}$, indicando el valor máximo alcanzado de temperatura con dos dígitos y un decimal.

Múltiple

Este sector está dedicado a recopilar información en los casos de partos múltiples.

Si la madre da a luz NACIMIENTOS MÚLTIPLES, ingrese el ORDEN DE NACIMIENTO, 1 (primer hijo), 2 (segundo hijo), etc.

Medicación recibida

Marque (si/no) en los medicamentos administrados en el momento de la terminación del embarazo.

- Ocitócicos en TDP (trabajo de parto).
- Anestesia general.
- Antibióticos.
- Transfusión.
- Analgesia.
- Sulfato de magnesio en preeclampsia.
- Anestesia local.
- Sulfato de magnesio en eclampsia.
- Anestesia regional.

Presentación

Marque si la presentación es Cefálica, Podálica o situación Transversa diagnosticada al inicio del trabajo de parto.

Tamaño fetal acorde

Marque (si/no) si el tamaño fetal estimado está de acuerdo con la edad gestacional en semanas.

Acompañante

Se refiere al apoyo continuo a la embarazada durante el trabajo de parto y parto.

Marque (si/no) si las personas (Pareja, Familiar, Otra O Ninguna) que proporcionan compañía a la mujer embarazada y fueron elegidos por ella, durante el trabajo de parto (TDP) y / o el parto (P). Los profesionales de la salud que estuvieron presentes con el único propósito de brindar atención médica al paciente no deben considerarse acompañantes.

Corticoides antenatales

Marque si la madre recibió Esquema Completo o Incompleto de corticoides durante el embarazo con el fin de inducir la maduración pulmonar por parto prematuro amenazado o cesárea electiva. Si este tratamiento no estuviera indicado, marque n/c. Si no recibió corticoides antenatales marque Ninguno.

Ingrese la EDAD GESTACIONAL en las semanas en que comenzó la administración.

NACIMIENTO

En este sector se consignará las características de la asistencia en el parto.

Condición al nacimiento

Marque la condición vital del feto / recién nacido al nacer.

Vivo.

Muerte anteparto

Cuando la muerte ocurre antes del inicio del parto.

(La dilatación cervical es inferior a 2 centímetros y la frecuencia de las contracciones uterinas es inferior a 3 en 10 minutos).

Parto

Muerte que ocurre durante el trabajo de parto o parto.

Ignora momento

Si no se puede determinar el momento de la muerte fetal.

Posición en el parto

Marque la posición de la paciente durante la segunda etapa del parto: SENTADA, ACOSTADA o en CUCLILLAS.

Episiotomía

Marque si se realizó episiotomía o no (si/no).

Desgarros

Marque **no** si no se encontraron desgarros y **si** si ocurrieron durante el periodo expulsivo, ingrese su grado (1 a 4) en la casilla.

Ocitócicos

Marque si se usaron agentes oxitócicos ANTES y/o DESPUÉS de que la placenta fue expulsada.

El uso de cualquier oxitócico para la inducción o estimulación de las contracciones uterinas no está registrado en esta variable, sino en Medicación Recibida.

Placenta

Marque si la placenta ha sido expulsada COMPLETA (si/no) y si ha sido RETENIDA (si/no).

Ligadura

Marque si el tiempo de sujeción del cordón (clampeo) fue menor o mayor a 1 minuto. Ingrese cuanto tiempo después del nacimiento se ligó el cordón umbilical en minutos.

Sexo

Marque el sexo del bebé; en el caso de una anomalía que impida definir el sexo del recién nacido, marque: no definido.

Peso al nacer

Ingrese el primer peso después de cortar el cordón (en gramos).

Perímetro cefálico

Ingrese el valor del perímetro cefálico máximo (fronto-occipital) al nacer. En cm con un decimal.

Longitud corporal

Ingrese la longitud del recién nacido en centímetros con un decimal.

Edad gestacional

Ingrese la edad gestacional al nacer (semanas y días) calculada a partir de la mejor estimación obstétrica.

Estimación

Compruebe si la edad gestacional se calculó a partir de una fecha confiable del último período menstrual - FUM y / o una ecografía fetal temprana - ECO (antes de las 20 semanas de EG).

Apgar

Ingrese la puntuación total a los 1 y 5 minutos de nacimiento.

Reanimación

Marque (sí/no) en cada una de las intervenciones para apoyar el inicio de la respiración espontánea en el momento del nacimiento:

- Estimulación.
- Masaje.
- Máscara.
- Intubación.
- Oxígeno.
- Medicación.

Estimulación corresponde a la estimulación táctil breve.

Máscara corresponde a la ventilación con presión positiva no invasiva, con máscara facial y bolsa autoinflable (AMBU) u otro dispositivo.

Oxígeno corresponde al uso de oxígeno con máscara, carpa o adicional en la ventilación mecánica.

Masaje es la compresión torácica para realizar impulsos del volumen de salida cardíaco.

Intubación es el uso de tubo endotraqueal en la reanimación.

Medicación es el uso de inotrópicos, como la adrenalina.

COMORBILIDADES

Este módulo amplía la información de las condiciones maternas de morbilidad severa durante el embarazo, el parto, el parto y el posparto. Las mujeres afectadas por una morbilidad severa tienen el mayor riesgo de muerte. Esta información permite evaluar la cantidad de mujeres que durante el embarazo pueden ser consideradas en una condición de Near Miss.

COMORBILIDADES											
HIPERTENSIÓN no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>				HEMORRAGIA no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>				DIABETES no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>			
Hipertensión crónica <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> HELLP <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Post aborto <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> DPPNI <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Desgarros <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Pre eclampsia leve <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Hipertensión gestacional <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Mola hidatiforme <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Restos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				D.M. no insulino dependiente previa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Pre eclampsia severa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Embarazo ectópico <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Hemorragia postparto <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Defecto de coagulación <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				D. M. gestacional <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Eclampsia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Hipertensión crónica + PE sobreimpuesta <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Placenta previa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Acretismo placentario <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Atonia uterina <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Parto pretérmino <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
INFECCIONES no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>				OTROS TRASTORNOS no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>			
Sepsis <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Neumonía <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Hipertensión gravídica <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedad renal <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Parto obstruido <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Endometritis <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Infección herida cesárea <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Trombosis venosa profunda <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Alteración del estado de conciencia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Neoglasia maligna <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Rotura prolongada de membrana <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Corioamionitis <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Infección episiorrafia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Tromboembolismo pulmonar <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Oliguria <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Trastorno siquiátrico <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Oligoamnios <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Bacteriuria asintomática <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Infección episiorrafia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Embolia por líquido amniótico <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Anemia (< 11 g/L) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Polihidramnios <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Pielonefritis <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Otra infección <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____				Cardiopatía <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Anemia falciforme <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Sufimiento fetal agudo <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
				Valvulopatía <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Trastornos tiroideos <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Restricción de Crecimiento intrauterino <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
				Otros <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>				Otra <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			

HIPERTENSIÓN

Marque si HIPERTENSIÓN ocurre durante el embarazo (si/ No).

Marque los subgrupos patológicos de hipertensión en mujeres embarazadas:

- Hipertensión crónica.
- Síndrome HELLP.
- Preeclampsia leve.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia grave.
- Hipertensión crónica + preeclampsia sobreimpuesta.
- Eclampsia.

HEMORRAGIA

Compruebe si ocurrió HEMORRAGIA durante el embarazo.

Marque los subgrupos patológicos de hemorragia en mujeres embarazadas:

- Post aborto.
- Hemorragia postparto.
- Mola hidatiforme.
- Atonía uterina.
- Embarazo ectópico.
- Desgarros.
- Placenta previa.
- Restos ovulares.
- Acretismo placentario.
- Defecto de la coagulación.
- DPPNI (Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta).
- Aborto.
- Rotura uterina.

DIABETES

Compruebe si la paciente presentó DIABETES MELLITUS (DM) durante el embarazo.
Marque los subgrupos patológicos de diabetes:

- DM I previa (dependiente de insulina).
- D.M. gestacional (diabetes gestacional).
- DM II previa (no dependiente de insulina).
- Parto pretérmino.

INFECCIONES

Marque si la INFECCIÓN ocurrió durante el embarazo.

Marque los subgrupos patológicos de infección:

- Sepsis.
- Neumonía.
- Endometritis.
- Infección de herida de cesárea.
- Corioamnionitis.
- Infección de la episiorrafia.
- Bacteriuria asintomática.
- Otra infección, especificar.
- Pielonefritis.

OTROS TRASTORNOS

Compruebe si se han producido OTROS TRASTORNOS durante el embarazo.

Marque lo(s) que corresponda(n).

- Hiperémesis gravídica.
- Oliguria.
- Trombosis venosa profunda.
- Anemia (<11 g/L).
- Tromboembolismo pulmonar.
- Anemia falciforme.
- Embolia por liquido amniótico.
- Trastornos tiroideos.
- Cardiopatía.
- Enfermedad renal.
- Valvulopatía.
- Neoplasia maligna.
- Convulsiones.
- Trastorno psiquiátrico.
- Alteración del estado de conciencia.
- Colestasis.
- Otro.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Se consignará si o no alguna de estas complicaciones están presentes.

- Parto obstruido.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Rotura prolongada de membranas.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Oligoamnios.
- Otra, especificar.
- Polihidramnios.

Neurológico

- Coma.
- Inconsciencia prolongada > 12 horas.
- Accidente cerebro vascular.
- Convulsiones incontrolables / estado epiléptico.
- Parálisis generalizada.

LABORATORIO

Esta sección recopila información de las pruebas de laboratorio realizadas durante la hospitalización e identifica aquellos valores que son anormales y ponen a la paciente como un caso de NEAR MISS.

Marque (si/no) si los resultados del laboratorio están en el rango anormal.

- Plaquetas/mL <50,000.
- Creatinina ≥ 300 mMol/L o $\geq 3,5$ mg/dL.
- Bilirubina > 100 mMol/L o > 6,0 mg/dL.
- pH < 7,1.
- SpO₂ (Sat Hb) <90% ≥ 1 hora.
- PaO₂ / FiO₂ <200 mmHg.
- Lactato > 5 mMol/L o 45 mg/dL.

INTERVENCIONES

Esta sección recopila información sobre las intervenciones más críticas realizadas durante la hospitalización para tratar afecciones que ponen a la mujer embarazada en riesgo inminente de muerte.

Marque (si/no) si la intervención se ha realizado.

- Administración continua de agentes vasoactivos indicando cuales.
- Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia indicando por cuantos días.
- Administración de hemoderivados, indicando el número de volúmenes.
- Ingreso a UCI ≥ 7 días, indicando el número de días.
- Histerectomía.
- Diálisis en IRA (insuficiencia renal aguda).
- Reanimación cardiopulmonar.

RECOLECCION DE MUESTRAS

RECOLECCIÓN DE MUESTRAS		EGRESO MATERNO		CONDICIÓN AL EGRESO	
Líquido amniótico	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	Hisopado vaginal	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	Sana <input type="radio"/> Transferida <input checked="" type="radio"/> Ciperlogía <input checked="" type="radio"/> Muerte <input checked="" type="radio"/>	
Placenta	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Materias fecales / hisopado rectal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lugar <input type="radio"/> Traslado <input type="radio"/> Autopsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	
Sangre de cordón	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Restos ovulares en caso de aborto	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí	
Leche materna	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	TIPO DE EGRESO Fallece <input checked="" type="radio"/> Egreso médico <input type="radio"/> Contra consejo médico <input checked="" type="radio"/>			
		FECHA día mes año hora min			
		Fallece <input checked="" type="radio"/> Egreso médico <input type="radio"/> Contra consejo médico <input checked="" type="radio"/>			
		Dias totales de internación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		Peso al egreso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg.			

Esta sección recopila información sobre las muestras biológicas que se obtuvieron de diferentes orígenes que pueden probar que el virus puede haberlas infectado. Es posible que estas muestras no se procesen de inmediato y sus resultados pueden no ser de valor clínico para tratar y cuidar al paciente.

Marque (si/no) si la muestra ha sido recolectada.

- Líquido amniótico.
- Placenta.
- Sangre de cordón.
- Hisopado vaginal.
- Materias fecales/hisopado rectal.
- Restos ovulares en caso de aborto.
- Leche materna.

EGRESO MATERNO

Esta sección se completa al momento del alta y recopila datos sobre la condición de salud materna y los resultados más relevantes.

FECHA

Ingrese día mes año hora min de la hora del egreso materno.

TIPO DE EGRESO

Marque la condición que determinó el final de la hospitalización:

Fallece, egreso médico, contra consejo médico.

Días totales de internación

Ingrese el valor en días de la duración de la hospitalización desde el ingreso por infección respiratoria o trabajo de parto y parto en mujeres COVID19 +.

Peso al egreso

Ingrese el peso del paciente al alta en Kg.

CONDICIÓN AL EGRESO

Esta sección recopila información final del estado del paciente al egreso.

Marque la condición de la paciente al egreso o si fue transferida.

- Sana.
- Con Patología.
- Transferida.
- Muerte.

Lugar del traslado

Ingrese el nombre o código de la institución a la que se transfirió la paciente.

Autopsia

En caso de muerte, marque (si/no) si se ha realizado AUTOPSIA a la paciente fallecida.

Fallece durante o después del traslado

Compruebe si el paciente muere durante o después del traslado.

REGISTRO NEONATAL - COVID-19

Este módulo agrega información necesaria para evaluar el cuidado del recién nacido de una madre con infección respiratoria confirmada o sospechada causada por un agente de interés de salud pública.

Los criterios de inclusión para completar este módulo son los del MÓDULO MATERNO y se extienden a los recién nacidos que ingresan durante los primeros 28 días después del nacimiento con infección COVID 19 sospechada o confirmada.

Cuando se llena al nacer o antes del alta materna, la información de identificación se muestra desde el Módulo materno.

Cuando se llena postnatalmente en casos readmitidos después de una consulta después del alta hospitalaria inicial del hospital de maternidad, la información de identificación puede ingresarse con la identificación asignada del recién nacido.

Registro Neonatal - COVID-19																
NOMBRES		FECHA INGRESO dia mes año			Institución											
APELLIDOS					N° identidad											
ALOJAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																
¿Se separaron la madre y el bebé inmediatamente al nacer en forma preventiva?							¿Estaba aislado de otros pacientes el bebé durante su estancia en esta institución?									
No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/>							Si, con la madre <input type="radio"/> Si, precauciones en el aire <input type="radio"/> Si, precauciones de gotas <input type="radio"/> Si, otro <input type="radio"/> Especificar: _____ No <input checked="" type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/>									
Ubicación(es) del bebé durante la hospitalización (marque todo lo que corresponda)																
Cuidados intensivos neonatales		Fecha de ingreso		Días de estancia		Sala de aislamiento individual		Fecha de ingreso		Días de estancia		Internación conjunta con la madre				
<input type="radio"/>		no dia mes año		no		<input type="radio"/>		no dia mes año		no		<input checked="" type="radio"/>				
Unidad de cuidados especiales		Fecha de ingreso		Días de estancia		Sala de aislamiento con presión negativa		Fecha de ingreso		Días de estancia		Otro				
<input type="radio"/>		no dia mes año		no		<input type="radio"/>		no dia mes año		no		<input type="radio"/>				
Duración de separación física de la madre y el bebé (si corresponde)																
no dia mes año																
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN CON COVID-19																
Presencia de síntomas y signos neonatales durante la hospitalización y fecha de comienzo (todos los que correspondan)																
Ninguno		Fecha de inicio		Dificultad respiratoria		Fecha de inicio		Apnea		Fecha de inicio		Otros				
<input type="radio"/>		no dia mes año		<input checked="" type="radio"/>		no dia mes año		<input checked="" type="radio"/>		no dia mes año		<input checked="" type="radio"/>				
Fiebre		Fecha de inicio		Tos		Fecha de inicio		Vómitos/diarrea		Fecha de inicio						
<input checked="" type="radio"/>		no dia mes año		<input checked="" type="radio"/>		no dia mes año		<input checked="" type="radio"/>		no dia mes año						
Apoyo ventilatorio durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)																
Oxígeno suplementario		C P A P		Cánula nasal		Ventilación mecánica										
<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>										

ALOJAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Aislamiento durante la estancia en el hospital

Marque (si/no) si la madre y su bebé fueron SEPARADOS AL NACIMIENTO EN FORMA PREVENTIVA. Separación significa, que la madre y el bebé están en habitaciones separadas y no se permite la proximidad física.

Marque si el bebé estuvo (opción de respuesta múltiple):

- Si, con la madre.
- Si, con precauciones de gotas.
- Si, con precauciones de aire.
- Si, con otras medidas.
- No, aislado.
- Desconocido.

Ubicación(es) del bebé durante la hospitalización

Ingrese los diferentes NIVELES DE CUIDADO donde se atendió al recién nacido. En cada uno de los niveles de atención, ingrese la FECHA DE INGRESO y la DURACIÓN total de la ESTANCIA en días (si fue menos o igual a 1 día consigne 1).

Fecha de ingreso y duración de la estancia en cada nivel:

- Cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Unidad de cuidados especiales.
- Sala de aislamiento individual.
- Sala de aislamiento con presión negativa.
- Internación conjunta con la madre.
- Otro.

Duración de la separación física de la madre y el bebé

Cuando corresponda, ingrese la cantidad de días que la madre y el bebé mantuvieron la separación física.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN CON COVID-19

Esta sección recopila información breve sobre los primeros signos de infección respiratoria en el recién nacido y la fecha en que aparecieron por primera vez.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN CON COVID-19					
Presencia de síntomas y signos neonatales durante la hospitalización y fecha de comienzo (todos los que correspondan)					
Ninguno	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Fecha de inicio dia mes año	Dificultad respiratoria	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio dia mes año
Fiebre	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia mes año	Tos	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia mes año
			Apnea	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio dia mes año
			Vómitos/diarrea	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia mes año
			Otros	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio dia mes año
Apoyo ventilatorio durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)					
Oxígeno suplementario	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia hora min	C P A P	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia hora min
			Cánula nasal	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia hora min
			Ventilación mecánica	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	dia hora min

El recién nacido puede ser admitido sin signos debido a las medidas preventivas para el aislamiento de la madre.

Marque **no** si no había signos presentes en el INGRESO. Marque **si** si hay alguna señal presente.

Marque **no** en NINGUNO cuando el recién nacido no presente síntomas/signos de infección respiratoria. Si en recién nacido presenta síntomas/signos marque **si**. En este último caso marque sí en los síntomas que correspondan u otros cuando no estén en la lista provista agregando la fecha de inicio.

Marque si hay algún signo en la lista presente en el INGRESO a HOSPITALIZACION y su FECHA DE INICIO.

En Ninguno, marque si, cuando no hubo síntomas. Marque no cuando hubo y haga el registro en los síntomas en particular.

- Ninguno.
- Fiebre.
- Dificultad respiratoria.
- Tos.
- Apnea.
- Vómitos/diarrea.
- Otros.

Apoyo ventilatorio durante la hospitalización

Marque el(los) TIPO DE SOPORTE VENTILATORIO prescrito(s) durante la estadía en el hospital y su duración en DIAS, HORAS Y MINUTOS.

- Oxígeno suplementario.
- CPAP (presión positiva continua en la vía aérea).
- Cánula nasal.
- Ventilación mecánica.

OTROS DIAGNÓSTICOS Y MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURANTE LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

Características clínicas	Otros diagnósticos durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)	Tratamientos administrados (marque todos los que corresponda)	ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
Erupción cutánea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Conjuntivitis no purulenta bilateral <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Signos de inflamación de la mucosa oral <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Signos de inflamación cutánea periférica (manos o pies) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Taquicardia (considerar según edad) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Palidez o piel moteada <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Manos/pies fríos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Excreción urinaria < 2 ml/kg/hr <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Hipotensión (requiere inotrópicos) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Hipoglucemia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Sepsis bacteriana confirmada por cultivo <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si precoz <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> tardía (>72 hs.) Encefalopatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Organismo aislado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Otro <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Especificar: _____	Antibióticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Antivirales <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Fluidos intravenosos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Oxido nítrico inhalado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Surfactante <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Hidrocortisona <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Dexametasona <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Transfusión de sangre <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Otro <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Especificar: _____	ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO Alimentación durante la hospitalización (consignar la principal a lo largo de la hospitalización) Lactancia materna <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si Leche materna extraída <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si Leche materna de banco, pasteurizada <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si No se da leche materna <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si Otro <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Especificar: _____ ¿Se analizó la leche materna de la madre para detectar el SARS-CoV-2? <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Fecha de toma de muestra día mes año <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Positivo <input checked="" type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> No disponible <input type="radio"/>
Defectos congénitos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Mayor Código CIE-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Características clínicas

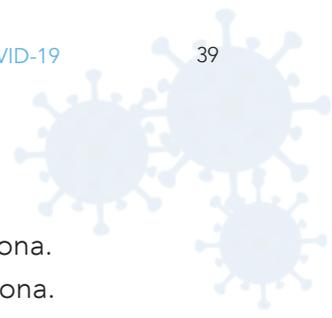
Marque si en las características clínicas observadas durante la estadía en el hospital de la lista:

- Erupción cutánea.
- Conjuntivitis no purulenta bilateral.
- Signos de inflamación de la mucosa oral.
- Signos de inflamación cutánea periférica (manos o pies).
- Taquicardia (considerar según edad).
- Palidez o piel moteada.
- Manos/pies fríos.
- Excreción urinaria menor de 2 mL/kg/hr.

Otros diagnósticos durante la hospitalización

Marque todos los que corresponda:

- Hipotensión (marque si, si requiere drogas inotrópicas).
- Hipoglucemia.
- Sepsis bacteriana confirmada (no/sí). Si se confirma la sepsis, marque si se inició temprano o tarde (≥ 72 hs).
- Organismo aislado.
- Otro, especificar.



Tratamiento administrados

Marque todos los medicamentos recibidos:

- Antibióticos.
- Antivirales.
- Fluidos intravenosos.
- Óxido nítrico inhalado.
- Surfactante.
- Hidrocortisona.
- Dexametasona.
- Transfusión de sangre.
- Otro (especificar).

ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Esta sección recopila información sobre la alimentación del recién nacido durante la estadía en el hospital.

Marque el alimento principal que el recién nacido recibió durante la hospitalización

- Lactancia materna.
- Leche materna extraída.
- Leche materna de banco, pasteurizada.
- No se da leche materna.
- Otra (especificar).

Lecha materna analizada para detectar SARS-CoV-2

Marque si se recolectó la leche. En caso afirmativo ingrese la fecha (día, mes y año) de la toma.

Ingrese el resultado de laboratorio para la prueba:

- Positivo, negativo o no disponible.

Defectos congénitos

Marque si cuando se observen defectos congénitos e ingresar el correspondiente código de la CIE-10 en las casillas según corresponda (Menor/Mayor).



EXAMENES DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO

Esta sección recopila toda la información de los laboratorios de Microbiología y Patología durante la estadía del bebé en el hospital.

EXAMENES DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO											
Pruebas perinatales de SARS-CoV-2 realizadas		Verifique las muestras que se analizaron y los resultados si son positivos									
no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		Fecha de toma de muestra		Fecha de toma de muestra		Fecha de toma de muestra					
		Líquido amniótico		Muestra placentaria		Muestra de sangre del cordón umbilical					
		RT-PCR		RT-PCR		RT-PCR					
Hemoglobina (g/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Procalcitonina (ng/mL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glucosa (mmol/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rto. total de glóbulos blancos (x10 ⁹ /L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proteína C Reactiva (mg/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pro-BNP (pg/mL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neutrófilos (x10 ⁹ /L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YES (mm/hr)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Troponina (ng/mL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Linfocitos (x10 ⁹ /L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D-dímeros	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Creatinina quinasa (U/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrito (%)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IL-6 (pg/mL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LDH (U/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas (x10 ⁹)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ferritina (ng/mL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Triglicéridos (mg/dL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APTT/KPTT	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Creatinina (mg/dL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TGP/ALT (u/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo de protrombina (seg)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sodio (mEq/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bilirrubina total (µmol/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INR	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Potasio (mEq/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TGO/AST (u/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fibrinógeno (mg/dL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Urea (mg/dL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Albumina (g/dL)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
								Lactato (mmol/L)	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marque (si/no) si hay una Prueba SARS CoV2 materno-perinatal.

Marque los resultados de las bio-muestras de Líquido amniótico, Placenta y/o Sangre de cordón umbilical e ingrese la fecha en la que se recogió.

Ingrese los resultados de las pruebas de laboratorio. Si encuentra varios, elija el más anormal.

- Hemoglobina (g/L).
- Recuento total de glóbulos blancos (10⁹/L).
- Neutrófilos (10⁹/L).
- Linfocitos (10⁹/L).
- Hematocrito (%).
- Plaquetas (10⁹/L).
- APTT/KPTT.
- Tiempo de protrombina (seg.).
- INR.
- Fibrinógeno (mg/dl).
- Procalcitonina (ng/mL).
- Creatinina (mg/dL).
- Sodio (mEq/L).
- Potasio (mEq/L).
- Urea (mg/dL).
- Glucosa (mmol/L).
- Pro-BNP (pg/ml).
- Troponina (ng/mL).
- Creatinina quinasa (µmol/L).
- LDH (U/L).
- Triglicéridos (mg/dL).
- TGP/ALT (u/L).

- Proteína C Reactiva (mg/L).
- VES - Velocidad de eritrosedimentación (mm/h).
- D - dímeros (ng/mL).
- IL-6 (pg/mL).
- Ferritina (ng/ml).
- Bilirrubina total (μmol/L).
- TGO/AST (u/L).
- Albúmina.
- Lactato.

Al ingresar los datos en esta sección es necesario reescribirlos si el formulario se esta llenando en papel. En caso de que se está llenando en el programa aparecerá automáticamente según los datos ingresados en la primera sección del mismo.

Registro Neonatal - COVID-19																			
NOMBRES				FECHA INGRESO dia mes año			Institución												
APELLIDOS				N° identidad															
EXAMENES DE IMÁGENES EN EL RECIÉN NACIDO																			
Radiología		RX		Fecha		Imagen patológica		Ecocardiografía		Fecha		Imagen patológica		TAC		Fecha		Imagen patológica	
no si		dia mes año		no si		no si		no si		dia mes año		no si		no si		dia mes año		no si	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="text"/>		<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
				Especificar:								Especificar:						Especificar:	

EXÁMENES DE IMÁGENES EN EL RECIÉN NACIDO

Radiología

Marque si se hizo Rx de tórax. (si/no). Ingrese la fecha del examen (día, mes y año) y marque si el resultado fue una imagen patológica. Si es patológica describa la anomalía.

Ecocardiografía

Marque (si/no). Ingrese la fecha del examen (día, mes y año) y marque si el resultado fue una imagen patológica; en caso afirmativo, especifique la anomalía.

TAC

Marque si se hizo tomografía (si/no). Ingrese la fecha del examen (día, mes y año) y marque si el resultado fue una imagen patológica; en caso afirmativo, especifique la anomalía.

RESULTADOS POSITIVOS DE PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA SARS-CoV-2

¿Tuvo el bebé alguna prueba de SARS-CoV-2?	no si		hisopados nasofaríngeos			hisopados orofaríngeos			hisopado de heces			IgG			IgM			Otro			
	dia	mes	año	-	+	n/a	-	+	n/a	-	+	n/a	-	+	n/a	-	+	n/a	-	+	n/a
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marque (si/no) si se informó una prueba SARS-CoV-2 positiva.

REGISTRO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE COVID 19

Para cada uno de los primeros días de vida, ingrese si se obtuvo un resultado positivo de hisopos nasales, orofaríngeos, heces u otros sitios, del recién nacido. Y si se utilizó una prueba de IgG, IgM u otro.

SITUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DEL EGRESO DE LA INSTITUCIÓN

SITUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DEL EGRESO DE LA INSTITUCIÓN																											
Egreso al hogar, continuar el aislamiento <input type="radio"/> al hogar, sin aislamiento <input type="radio"/> traslado a otra instalación <input checked="" type="radio"/> fallecido <input type="radio"/> causa de muerte <input type="radio"/> Especificar: _____	Condición al momento del egreso sano <input type="radio"/> egreso con complicaciones/secuelas <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____ referencia a especialista para seguimiento <input type="radio"/> _____ traslado a otra institución <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____ desconocido <input checked="" type="radio"/> _____	Alimentación al momento del egreso lactancia exclusiva <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> artificial <input checked="" type="radio"/> Fecha de egreso día mes año 	Inmunizaciones y referencia <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Administrada</th> <th colspan="2">Referido</th> </tr> <tr> <th>no</th> <th>si</th> <th>si</th> <th>servicio / profesional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>vacuna Hepatitis B</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>control postnatal</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> Se brindaron orientaciones y signos de alarma <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si contacto de la madre o cuidador/a (Especificar) _____		Administrada		Referido		no	si	si	servicio / profesional	BCG	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vacuna Hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	control postnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Administrada		Referido																								
	no	si	si	servicio / profesional																							
BCG	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
vacuna Hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
control postnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							

Egreso

Marque el tipo de egreso del bebé. El bebé fue dado de alta del hospital:

- Al hogar, continuar el aislamiento.
- Al hogar, sin aislamiento.
- Traslado a otra institución.
- Fallecido.
- Causa de muerte, especificar.

Condición del bebé en el momento del egreso

Marque la condición en que estaba en bebé en el momento del alta.

- Sano.
- Egreso con complicaciones/ secuelas; especificar cuáles.
- Referencia a especialista para seguimiento.
- Traslado a otra institución, especificar.
- Desconocido.
- Institución; especificar la institución.

Alimentación al momento del egreso

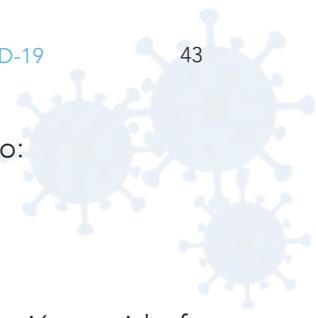
Esta sección recopila información de alimentación del bebé al alta.

Marque la más frecuente durante las últimas 24 horas antes del alta.

- Lactancia materna exclusiva.
- Lactancia parcial.
- Artificial.

Fecha de egreso

Ingrese día, mes y año de la fecha de egreso.



Inmunizaciones y referencia

Marque cada una de las dos vacunas administradas antes del egreso:

- BCG.
- Hepatitis B.

Si la inmunización no se administró en el hospital, marque si el recién nacido fue referido y especifique a que servicio o profesional fue derivado.

Control postnatal

Ingrese si el control postnatal fue coordinado desde el hospital (si/no), e ingrese a la institución donde fue referido.

Consejos y señales de alarma

Marque (si/no) si se le explicaron las señales de alarma a la madre o la persona a cargo del bebé.

Observaciones en el alta (notas)

Se pueden agregar notas adicionales en el espacio para texto y se archivarán digitalmente con las variables precodificadas de la historia clínica.







OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

CLAP/SMR

Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la mujer y Reproductiva