

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Ficha de infecciones respiratorias	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	LABORATORIO	
Infección respiratoria sospechada o confirmada por agente patógeno de interés de Salud Pública Historia de sensación febril o fiebre ≥ 38°C	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Disnea (falta de aire) o Taquipnea* <small>*Frecuencia Respiratoria ≥ 20 en ≥ de 13 años.</small>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Sospecha de IRA a pesar de no reunir los anteriores criterios Noción epidemiológica de contacto	COVID-19 (SARS-CoV2) <input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> pendiente <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> IgM <input type="radio"/>

NOMBRES		Institución	
APELLIDOS		Código de país	
DEPARTAMENTO	LOCALIDAD	TELÉFONO / CELULAR	Tipo doc. N° identidad

FECHA DE NACIMIENTO día mes año	EDAD (años)	PESO Kg	TALLA (cm) 1	ETNIA Afro <input type="radio"/> Amarilla <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>	ESTADO CIVIL Casada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/>	ESTUDIOS Ninguno <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Universitarios <input type="radio"/>	Años en mayor nivel	Trabajador de la salud <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
------------------------------------	-------------	------------	-----------------	--	--	--	---------------------	--	--

PERSONALES		OBSTETRICOS	
TBC <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Diabetes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Fumadora activa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Fumadora pasiva <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Hipertensión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Preeclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Drogas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Alcohol <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Eclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Cirugía genito-urinary <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Asma <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	EPOC <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Infertilidad <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Cardiopatía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Enfermedad hepática crónica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Asplenía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Nefropatía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Violencia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Trastornos neurológicos crónicos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Asplenía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
HIV <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Sifilis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Otros <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	¿Cuál? día mes año
		Neoplasia maligna <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Vacunación contra influenza <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>

GESTACION ACTUAL	FUM día mes año	ELP día mes año	Edad gestacional a la consulta	Fecha de la consulta
-------------------------	-----------------	-----------------	--------------------------------	----------------------

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INICIO	MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO
Fecha del inicio de los síntomas día mes año	¿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	Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina IECA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si
Tos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Antinausea <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Especificar: _____
Tos seca <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II BRAII <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si
Tos con secreción <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Antiflamatorios no esteroideos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si
Dolor de garganta <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Antitéticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Especificar: _____
Rinorrea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Anticonvulsivantes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Especificar: _____
Mialgias / artralgias <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Antibióticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si Especificar: _____
Fatiga <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
Falta de aire <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	

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

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

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

COVID-19 21-05-2020 Español Materno

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE INGRESO: día _____ mes _____ año _____

Institución: _____

Nº identidad: _____

Cuidados mínimos: no si s/d

Cuidados intermedios: no si s/d

CTI o unidad de alta demanda: no si s/d

EVALUACIÓN AL INGRESO

Presión arterial sistólica (mm Hg): [][] [][] [][]

Presión arterial diastólica (mm Hg): [][] [][] [][]

Temperatura °C: [][] [][] [][]

Tiempo de relleno capilar > 2 seg.: no si

Peso al ingreso (Kg): [][] [][] [][]

SpO₂ (%): [][] [][] [][]

al aire O₂ terapia s/d

PaCO₂ (mmHg): [][] [][] [][]

AVDN * no si s/d

* Alerta Voz Dolor No respuesta

FCF (Lpm): [][] [][] [][]

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AL INGRESO

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

Especificar: _____

MEDICACIÓN AL INGRESO

Fluidos orales: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	BRILL: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Fluidos intravenosos: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Plasma de paciente convalescente: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antivirales: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Ivermectina: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Interferón: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Anticonvulsivantes: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antibióticos: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Antinauseosos: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antifúngicos: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Vitaminas / micronutrientes: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antimaláricos: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Tocolíticos: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Agentes experimentales: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Inductor de parto: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antitérmico / antitermo: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Corticoides para maduración pulmonar: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
IECA: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	

TRATAMIENTO DE APOYO VITAL. ¿está la paciente actualmente recibiendo alguno de los siguientes?

Oxígeno: [][] L/min

Ventilación: invasiva no invasiva

Inotrópicos: no si Especificar: _____

ECMO: no si

Inotróp. 1:

Inotróp. 2:

Inotróp. 3:

EXÁMENES DE LABORATORIO

Hemoglobina (g/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][]	Urea (mg/dL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][]	VES (mm/h): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][]
Globulos blancos (10 ⁹ /L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]	Lactato (mmol/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	D-dímeros (ng/mL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]
Hematocrito (%): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][]	Creatinina (mg/dL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Ferritina (ng/mL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]
Plaquetas (10 ⁹ /L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Sodio (mEq/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	IL-6 (pg/mL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][] [][]
Tiempo de trombina (seg): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Potasio (mEq/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Glicemia (g/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]
Tiempo de protrombina (seg): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Procalcitonina (ng/mL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	SpO ₂ (%): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]
APTT/KPTT (seg): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	PCR (mg/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Bicarbonato (mEq/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]
Fibrinógeno (mg/dL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	LDH (U/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][] [][]	Déficit de base (mmol/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]
INR: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	Creatinina quinasa (µmol/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	pH: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]
TGO/AST (u/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]	Troponina (ng/mL): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][]	PaO ₂ / FiO ₂ (mmHg): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]
TGP/ALT (u/L): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]		PaCO ₂ (mmHg): no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> [][] [][] [][] [][]

EXÁMENES RADIOLÓGICOS

Rx de tórax / TC: no si

Patológica: no si Especificar: _____

ipsum (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas) ALERTA (Este color significa) COVID-19-21-05-2020 Español Maleno

Ficha de infecciones respiratorias - TERMINACIÓN

NOMBRES				Institución																			
APELLIDOS				N° identidad																			
Terminación durante la infección: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Fecha de terminación: <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min				Parto <input type="radio"/> Aborto <input checked="" type="radio"/> Diagnóstico final aborto: <input type="text"/> (CIE 10)		Inicio Espontáneo <input type="radio"/> Inducido <input checked="" type="radio"/> Ces. elect. <input checked="" type="radio"/>		Via terminación Espontáneo <input type="radio"/> Cesárea <input checked="" type="radio"/> Instrumental <input checked="" type="radio"/> Razón: <input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Coordinada <input type="radio"/> Decisión materna				Consultas prenatales (total) <input type="text"/> Edad gest. a terminaci. (semanas) <input type="text"/>											
Rotura de membranas anteparto no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Fecha: <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min <37 sem <input type="radio"/> ≥18 hs. <input checked="" type="radio"/> Temp ≥ 38°C <input type="text"/>				Múltiple no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Orden: <input type="text"/>		Medicación recibida Ocitócicos en TDP: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Antibióticos: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Analgesia: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Anestesia local: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Anestesia regional: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Anestesia general: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Transfusión: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Preeclampsia: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Eclampsia: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> sulfato de Mg: <input type="text"/>																	
Presentación Cefálica <input type="radio"/> Pelviana <input checked="" type="radio"/> Transversa <input checked="" type="radio"/>		Tamaño fetal acorde no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Acompañante Pareja: TDP <input type="radio"/> P <input type="radio"/> Otro: TDP <input type="radio"/> P <input type="radio"/> Familiar: <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/>		Corticoides antenatales Completo <input type="radio"/> Incompl. <input checked="" type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> Semana de inicio: <input type="text"/>																	
NACIMIENTO Vivo <input type="radio"/> Muerto anteparto <input checked="" type="radio"/> Parto <input checked="" type="radio"/> Ignora momento <input type="radio"/>				Posición parto Sentada <input type="radio"/> Acostada <input type="radio"/> Cucullas: <input type="radio"/>		Episiotomía no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Desgarros Grado (1 a 4): <input type="text"/>		Ocitócicos Prealumbramiento: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Postalumbramiento: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Placenta Completa <input checked="" type="radio"/> Retenida <input type="radio"/>		Ligadura < 1 min. <input type="radio"/> > 1 min. <input type="radio"/>									
Sexo: Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No definido <input checked="" type="radio"/>		Peso al nacer: <input type="text"/> g		Perímetro cefálico (cm): <input type="text"/>		Longitud corporal (cm): <input type="text"/>		Edad gestacional sem. días: <input type="text"/>		Estimación: FUM <input type="radio"/> ECO <input type="radio"/>		Apgar (min): 1 ^{er} <input type="text"/> 5 ^b <input type="text"/>		Reanimación Estimulación: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Oxígeno: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Intubación: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Máscara: <input type="radio"/> Masaje: <input checked="" type="radio"/> Medicación: <input type="radio"/>									
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: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Pre eclampsia leve: <input type="radio"/> Pre eclampsia severa: <input type="radio"/> Eclampsia: <input checked="" type="radio"/> Hipertensión gestacional: <input type="radio"/> Hipertensión crónica + PE sobreimpuesta: <input type="radio"/>				HELLP: <input type="radio"/> Post aborto: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Mola hidatiforme: <input type="radio"/> Embarazo ectópico: <input type="radio"/> Placenta previa: <input type="radio"/> Acretismo placentario: <input type="radio"/>				DPPNI: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Rotura uterina: <input type="radio"/> Hemorragia postparto: <input type="radio"/> Atonía uterina: <input type="radio"/> Desgarros: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Restos: <input type="radio"/> Defecto de coagulación: <input type="radio"/> Aborto: <input type="radio"/>				D.M. insulino dependiente previa: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> D.M. no insulino dependiente previa: <input type="radio"/> D. M. gestacional: <input type="radio"/> Parto pretérmino: <input 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: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Endometritis: <input type="radio"/> Corioamnionitis: <input type="radio"/> Bacteriuria asintomática: <input type="radio"/> Pielonefritis: <input type="radio"/>				Neumonía: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Infección herida cesárea: <input type="radio"/> Infección episiorrafia: <input type="radio"/> Otra infección: <input type="radio"/> Especificar: <input type="text"/>				Hiperemesis gravídica: <input type="radio"/> Trombosis venosa profunda: <input type="radio"/> Tromboembolismo pulmonar: <input type="radio"/> Embolia por líquido amniótico: <input type="radio"/> Cardiopatía: <input type="radio"/> Valvulopatía: <input type="radio"/>				Convulsiones: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Alteración del estado de conciencia: <input type="radio"/> Oliguria: <input type="radio"/> Anemia (< 11 g/L): <input type="radio"/> Anemia falciforme: <input type="radio"/> Transtornos tiroideos: <input type="radio"/>				Enfermedad renal: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Neoplasia maligna: <input type="radio"/> Trastorno siquiátrico: <input type="radio"/> Colestasis: <input type="radio"/> Otros: <input type="radio"/>				Parto obstruido: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Rotura prolongada de membrana: <input type="radio"/> Oligoamnios: <input type="radio"/> Polihidramnios: <input type="radio"/> Sufrimiento fetal agudo: <input type="radio"/> Restricción de Crecimiento Intrauterino: <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/>			
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																							
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES															
Cardiovascular Shock: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Paro cardíaco: <input type="radio"/>		Renal Oliguria resistente a líquidos o diuréticos: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		Plaquetas < 50.000 por ml: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl: <input type="radio"/> Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl: <input type="radio"/>				Administración continua de agentes vasoactivos: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Cuál/es: <input type="text"/>															
Hepático Ictericia en preeclampsia: <input type="radio"/>		Hematológicos/coagulación Alteraciones de la coagulación: <input type="radio"/>		pH < 7,1: <input type="radio"/> SpO ₂ < 90% ≥ 1 hora: <input type="radio"/> PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg: <input type="radio"/> Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl: <input type="radio"/>				Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> días: <input type="text"/>															
Respiratorio Cianosis aguda: <input type="radio"/> Respiración jadeante (gasping): <input type="radio"/> Taquipnea severa FR > 40 rpm: <input type="radio"/> Bradipnea severa FR < 6 rpm: <input type="radio"/>		Neurológico Coma: <input type="radio"/> Inconsciencia prolongada >12 hs.: <input type="radio"/> Accidente cerebro vascular: <input type="radio"/> Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico: <input type="radio"/> Parálisis generalizada: <input type="radio"/>		Reanimación cardio-pulmonar: <input type="radio"/>																			
RECOLECCIÓN DE MUESTRAS no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				EGRESO MATERNO				CONDICIÓN AL EGRESO															
Líquido amniótico: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Hisopado vaginal: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Fecha: <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min				Sana <input type="radio"/> Transferida <input checked="" type="radio"/> C/patología <input type="radio"/> Muerte <input type="radio"/>															
Placenta: <input type="radio"/>		Materias fecales / hisopado rectal: <input type="radio"/>		Tipo de egreso: Fallece <input type="radio"/> Egreso médico <input type="radio"/> Contra consejo médico <input checked="" type="radio"/>				Lugar: <input type="text"/> Traslado: <input type="text"/>															
Sangre de cordón: <input type="radio"/>		Restos ovulares en caso de aborto: <input type="radio"/>		Fallece durante o en lugar de traslado: no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																			
Leche materna: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Restos ovulares en caso de aborto: <input type="radio"/>		Días totales de internación: <input type="text"/>				Peso al egreso: <input type="text"/> kg.															

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

COVID-19 21-05-2020 Español (Materno)