

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* <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> *Frecuencia Respiratoria ≥ 20 en ≥ de 13 años.	Sospecha de IRA a pesar de no reunir los anteriores criterios <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Noción epidemiológica de contacto <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> COVID-19 (SARS-CoV2) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> pendiente <input type="radio"/> no hecho <input checked="" type="radio"/>	IgG <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> IgM <input type="radio"/>

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

DOMICILIO _____

DEPARTAMENTO _____ LOCALIDAD _____ TELÉFONO / CELULAR _____

Institución _____

Código de país _____ 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"/>	Trabajador de laboratorio <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ¿Cuál? <input type="text"/>
------------------------------------	-------------	------------	-----------------	--	--	--	---------------------	--	---	--

ANTECEDENTES

<p>PERSONALES</p> <table style="width:100%;"> <tr><td>TBC</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hipertensión</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Preeclampsia</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Eclampsia</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Cirugía genito-urinary</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Infertilidad</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Cardiopatía</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Nefropatía</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Violencia</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>HIV</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sifilis</td><td>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></td></tr> </table> <p>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"/> 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"/> EPOC <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"/> Enfermedad hepática crónica <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"/> Asplenia <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? <input type="text"/></p> <p>Neoplasia maligna <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></p> <p>Vacunación contra influenza <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></p>	TBC	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Diabetes	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Hipertensión	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"/>	Cirugía genito-urinary	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Infertilidad	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Cardiopatía	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Nefropatía	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Violencia	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	HIV	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Sifilis	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	<p>OBSTETRICOS</p> <p>ÚLTIMO PREVIO n/c <input type="radio"/> < 2500g <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> ≥ 4000g <input checked="" type="radio"/></p> <p>Antecedente de gemelares <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></p> <p>Gestas previas <input type="text"/> Abortos <input type="text"/> 3 espont. consecutivos <input checked="" type="radio"/></p> <p>Emb. ectópico <input type="text"/> Partos <input type="text"/> Cesáreas <input checked="" type="radio"/></p> <p>Vaginales <input type="text"/> Nacidos vivos <input type="text"/> Viven <input type="text"/> Muertos 1ª sem. <input type="text"/> Muertos después de 1ª sem. <input type="text"/></p> <p>Nacidos muertos <input type="text"/></p> <p>FIN DEL EMBARAZO ANTERIOR día mes año Menos de 1 año <input checked="" type="radio"/></p> <p>EMBARAZO PLANEADO → no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Fracaso método anticonceptivo No usaba <input type="radio"/> Barrera <input checked="" type="radio"/> DIU <input type="radio"/> Hormonal <input type="radio"/> Emergencia <input type="radio"/> Natural <input type="radio"/></p>
TBC	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Diabetes	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Hipertensión	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"/>																								
Cirugía genito-urinary	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Infertilidad	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Cardiopatía	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Nefropatía	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Violencia	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
HIV	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								
Sifilis	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>																								

GESTACION ACTUAL

FUM día mes año _____ E.P. día mes año _____

Edad gestacional a la consulta _____ Fecha de la consulta día mes año _____

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INICIO

Fecha del inicio de los síntomas
día mes año _____

Historia de fiebre	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Cefaleas	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Tos	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Tos seca	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Vómitos / nauseas	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Tos con secreción	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Diarrea	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Dolor de garganta	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Anosmia / hiposmia	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Rinorrea	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Ageusia	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Mialgias / artralgias	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Hemorragia	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Fatiga	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Otros	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Especificar <input type="text"/>
Falta de aire	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		

MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO

¿Tomaba en los 14 días previos al diagnóstico alguno de los siguientes medicamentos?

Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina IECA	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Antinausea	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II BRAII	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Vitaminas	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antinflamatorios no esteroideos	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Micronutrientes	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____
Antitérmicos	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Especificar: _____	Antivirales	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: _____

OTROS TEST DIAGNÓSTICOS PARA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS

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

Frecuencia respiratoria (Rpm) Frecuencia cardíaca (Lpm) Temperatura °C

INGRESA
no si día mes año _____

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: _____

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

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: <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> Antibióticos: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Analgesia: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Anestesia local: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Anestesia regional: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Anestesia general: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Transfusión: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Preeclampsia: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Eclampsia: <input type="radio"/> no <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: <input type="radio"/> TDP <input type="radio"/> P <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Postalumbramiento: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		Placenta Completa <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> Retenida: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		Ligadura < 1 min. <input type="radio"/> > 1 min. <input checked="" 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 ^o <input type="text"/>		Reanimación Estimulación: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Oxígeno: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Intubación: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Mascaras: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Masaje: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Medicación: <input type="radio"/> no <input checked="" 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 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Pre eclampsia leve <input type="radio"/> Pre eclampsia severa <input type="radio"/> Eclampsia <input type="radio"/> Hipertensión gestacional <input type="radio"/> Hipertensión crónica + PE sobrepuesta <input type="radio"/> HELLP <input type="radio"/>				Post aborto <input type="radio"/> no <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 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> Hemorragia postparto <input type="radio"/> Atonía uterina <input type="radio"/> Desgarros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Restos <input type="radio"/> Defecto de coagulación <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/>				D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <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 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Endometritis <input type="radio"/> Corioamnionitis <input type="radio"/> Bacteriuria asintomática <input type="radio"/> Pielonefritis <input type="radio"/> Neumonía <input type="radio"/> no <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 <input type="radio"/> no <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 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Neoplasia maligna <input type="radio"/> Trastorno siquiátrico <input type="radio"/> Colestasis <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>				Parto obstruido <input type="radio"/> no <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 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Paro cardíaco <input type="radio"/>		Renal Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>				Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <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"/>		Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/>				Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <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"/>		pH < 7,1 <input type="radio"/>				Administración de hemoderivados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> N° de vol.: <input type="text"/>									
Ingreso a UCI <input type="radio"/> Histerectomía <input type="radio"/> Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/>				SpO ₂ < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/>				Ingreso a UCI <input type="radio"/> días: <input type="text"/>									
PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/>				Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/>				Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/>									
Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/>				Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl <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 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		Hisopado vaginal <input type="radio"/> no <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				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 checked="" type="radio"/> Contra consejo médico <input type="radio"/>				Lugar: <input type="text"/> Traslado: <input type="text"/> Fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>									
Sangre de cordón <input type="radio"/>		Restos ovulares en caso de aborto <input type="radio"/>		Dias totales de internación: <input type="text"/>				Autopsia: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>									
Leche materna <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		Restos ovulares en caso de aborto <input type="radio"/>		Peso al egreso: <input type="text"/> kg.				Autopsia: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>									

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

COVID-19 21-05-2020 Español (Materno)