

# Registro Neonatal - COVID-19

NOMBRES	FECHA INGRESO día mes año	Institución
APELLIDOS		Nº identidad

## ALOJAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

¿Se separaron la madre y el bebé inmediatamente al nacer en forma preventiva?  No  Sí  Desconocido

¿Estaba aislado de otros pacientes el bebé durante su estancia en esta institución?  Sí, con la madre  Sí, precauciones en el aire  No   Sí, precauciones de gotas  Sí, otro  Especificar: \_\_\_\_\_  Desconocido

Ubicación(es) del bebé durante la hospitalización (marque todo lo que corresponda)

Cuidados intensivos neonatales	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de ingreso día mes año	Días de estancia	Sala de aislamiento individual	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de ingreso día mes año	Días de estancia	Internación conjunta con la madre	no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>	Fecha de ingreso día mes año	Días de estancia
Unidad de cuidados especiales	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de ingreso día mes año	Días de estancia	Sala de aislamiento con presión negativa	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de ingreso día mes año	Días de estancia	Otro	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de ingreso día mes año	Días de estancia

Duración de separación física de la madre y el bebé (si corresponde)

## 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"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año	Dificultad respiratoria	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año	Apnea	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año	Otros	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año
Fiebre	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año	Tos	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año	Vómitos/diarrea	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio día mes año			

Apoyo ventilatorio durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)

Oxígeno suplementario	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	día hora min	CPAP	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	día hora min	Cánula nasal	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	día hora min	Ventilación mecánica	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	día hora min
-----------------------	--	--------------	------	--	--------------	--------------	--	--------------	----------------------	--	--------------

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

Defectos congénitos

no <input type="radio"/> Menor <input checked="" type="radio"/>	Código	Mayor <input checked="" type="radio"/>	Código
	CIE-10		CIE-10

## EXAMENES DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO

Pruebas perinatales de SARS-CoV-2 realizadas  no  sí

Verifique las muestras que se analizaron y los resultados si son positivos

Líquido amniótico	Fecha de toma de muestra día mes año	Muestra placentaria	Fecha de toma de muestra día mes año	Muestra de sangre del cordón umbilical	Fecha de toma de muestra día mes año
RT-PCR	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	RT-PCR	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	RT-PCR	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>

Hemoglobina (g/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Procalcitonina (ng/mL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Glucosa (mmol/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Rto. total de glóbulos blancos (x10 <sup>9</sup> /L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Proteína C Reactiva (mg/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Pro-BNP (pg/mL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Neutrófilos (x10 <sup>9</sup> /L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	VES (mm/hr)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Troponina (ng/mL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Linfocitos (x10 <sup>9</sup> /L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	D-dímeros	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Creatinina quinasa (U/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Hematocrito (%)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	IL-6 (pg/mL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	LDH (U/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Plaquetas (x10 <sup>9</sup> )	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Ferritina (ng/mL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Triglicéridos (mg/dL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
APTT/KPTT	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Creatinina (mg/dL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	TGP/ALT (u/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Tiempo de protrombina (seg)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Sodio (mEq/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Bilirrubina total (µmol/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
INR	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Potasio (mEq/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	TGO/AST (u/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
Fibrinógeno (mg/dL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Urea (mg/dL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Albumina (g/dL)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
				Lactato (mmol/L)	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>

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

NOMBRES	FECHA INGRESO día mes año	Institución
APELLIDOS		Nº identidad

**EXAMENES DE IMÁGENES EN EL RECIÉN NACIDO**

**Radiología**

RX      Fecha      Imagen patológica      Ecocardiografía      Fecha      Imagen patológica      TAC      Fecha      Imagen patológica

no si      día mes año      no si      no si      día mes año      no si      día mes año

→ Especificar:      → Especificar:      → Especificar:

¿Tuvo el bebé alguna prueba de SARS-CoV-2?      no si

	hisopados nasofaríngeos	hisopados orofaríngeos	hisopado de heces	IgG	IgM	Otro
Fecha	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a
Fecha	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a
Fecha	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a
Fecha	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a
Fecha	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a	- + n/a

**SITUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DEL EGRESO DE LA INSTITUCIÓN**

<p><b>Egreso</b></p> <p>al hogar, continuar el aislamiento <input type="radio"/></p> <p>al hogar, sin aislamiento <input type="radio"/></p> <p>traslado a otra instalación <input checked="" type="radio"/></p> <p>fallecido <input checked="" type="radio"/></p> <p>causa de muerte <input type="radio"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p><b>Condición al momento del egreso</b></p> <p>sano <input type="radio"/></p> <p>egreso con complicaciones/secuelas <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____</p> <p>referencia a especialista para seguimiento <input type="radio"/></p> <p>traslado a otra institución <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____</p> <p>desconocido <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Alimentación al momento del egreso</b></p> <p>lactancia exclusiva <input type="radio"/></p> <p>parcial <input type="radio"/></p> <p>artificial <input checked="" type="radio"/></p> <p>Fecha de egreso</p> <p>día mes año</p>	<p><b>Inmunizaciones y referencia</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Administrada</th> <th style="text-align: center;">no</th> <th style="text-align: center;">si</th> <th style="text-align: center;">si</th> <th style="text-align: center;">servicio / profesional</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BCG</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">vacuna Hepatitis B</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">control postnatal</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <p>Se brindaron orientaciones y signos de alarma</p> <p>no si</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> contacto de la madre o cuidador/a (Especificar) _____</p>	Administrada	no	si	si	servicio / profesional	BCG	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	vacuna Hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	control postnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Administrada	no	si	si	servicio / profesional																			
BCG	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																			
vacuna Hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																			
control postnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____																			

Observaciones

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