

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  no  si

Historia de sensación febril o fiebre ≥ 38°C  no  si

Tos  no  si

Sospecha de IRA a pesar de no reunir los anteriores criterios  no  si

Disnea (falta de aire) o Taquipnea\*  no  si

Noción epidemiológica de contacto  no  si

COVID-19 (SARS-CoV2)  +  -  pendiente  no hecho

IgG   PCR

IgM

\*Frecuencia Respiratoria ≥ 20 en ≥ de 13 años.

**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  Amarilla  Otra  Blanca  Indígena  s/d

**ESTADO CIVIL** Casada  Viuda  s/d  Divorciada  Soltera

**ESTUDIOS** Ninguno  Secundaria  Anos en mayor nivel \_\_\_\_\_

Trabajadora de la salud  no  si  Otro  no  si  ¿Cuál?

Trabajador de laboratorio  no  si

**ANTECEDENTES DE LA MADRE**

**PERSONALES** no  si

TBC  Diabetes  Hipertensión  Preeclampsia  Eclampsia  Cirugía genito-urinary  Infertilidad  Cardiopatía  Nefropatía  Violencia  HIV  Sífilis

Fumadora activa  no  si  Fumadora pasiva  no  si  Drogas  no  si  Alcohol  no  si  EPOC  no  si  Asma  no  si  Enfermedad hepática crónica  no  si  Trastornos neurológicos crónicos  no  si  Asplenia  no  si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Otros  no  si  Neoplasia maligna  no  si  Vacunación contra influenza  no  si

**OBSTETRICOS**

Gestas previas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Vaginales \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Viven \_\_\_\_\_

Emb. ectópico \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Muertos después de 1<sup>er</sup> sem. \_\_\_\_\_

ULTIMO PREVIO: n/c  < 2500g  Normal  ≥ 4000g

Antecedente de gemelares  no  si

**FIN DEL EMBARAZO ANTERIOR** día mes año \_\_\_\_\_ Menos de 1 año

**EMBARAZO PLANEADO** → no  si

Fracaso método anticonceptivo: No usaba  Barrera  DIU  Hormonal  Emergencia  Natural

**OTROS TEST DIAGNÓSTICOS PARA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS**

**Coronavirus** negativo  positivo

MERS-CoV  SARS-CoV1  SARS-CoV2

**Influenza** no  si  no realizado

**Otros** no  si  Especificar: \_\_\_\_\_

Terminación durante la infección  no  si  Fecha de terminación: día mes año \_\_\_\_\_ hora min \_\_\_\_\_

Parto  Aborto  Diagnóstico final aborto: \_\_\_\_\_

**Inicio** Espontáneo  Inducido  Ces. elect.

**Vía terminación** Espontáneo  Cesárea  Instrumental

Razón: Urgencia  Coordinada  Decisión materna

Consultas prenatales (total) \_\_\_\_\_ Edad gest. a terminaci. (semanas) \_\_\_\_\_

**Rotura de membranas anteparto** no  si  día mes año \_\_\_\_\_ hora min \_\_\_\_\_

< 37 sem  ≥ 18 hs.  Temp ≥ 38°C

**Múltiple** no  si  Orden \_\_\_\_\_

**Medicación recibida**

Ocitocicos en TDP: no  si  Antibióticos: no  si  Analgésia: no  si  Anestesia local: no  si  Anestesia regional: no  si  Anestesia general: no  si

Transfusión: no  si  Preeclampsia: no  si  Eclampsia: no  si  sulfato de Mg

**Presentación** Cefálica  Pelviana  Transversa

**Tamaño fetal acorde** no  si

**Acompañante** Pareja  Familiar  Ninguno

**TDP** P  Otro  Ninguno

**Corticoides antenatales** Completo  Incompl.  Ninguno  n/c  Semana de inicio: \_\_\_\_\_

**NACIMIENTO** Vivo  Muerto anteparto  Parto  Ignora momento

**Posición parto** Sentada  Acostada  Cucullas

**Episiotomía** no  si

**Desgarros** Grado (1 a 4) \_\_\_\_\_

**Ocitocicos** Prealumbriamiento: no  si  Postalumbriamiento: no  si

**Placenta** Completa  Retenida

**Ligadura** < 1 min.  > 1 min.  min. \_\_\_\_\_

**Sexo** Femenino  Masculino  No definido

**Peso al nacer** \_\_\_\_\_ g

**Perímetro cefálico (cm)** \_\_\_\_\_ **Longitud corporal (cm)** \_\_\_\_\_

**Edad gestacional sem. días** \_\_\_\_\_

**Estimación** FUM  ECO

**Apgar (min)** 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ 5<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

**Reanimación** Estimulación: no  si  Oxígeno: no  si  Intubación: no  si  Máscara  Masaje  Medicación

**ALOJAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

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

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

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

Cuidados intensivos neonatales: no  si  Fecha de ingreso: día mes año \_\_\_\_\_ Dias de estancia: \_\_\_\_\_

Sala de aislamiento individual: no  si  Fecha de ingreso: día mes año \_\_\_\_\_ Dias de estancia: \_\_\_\_\_

Internación conjunta con la madre: no  si  Fecha de ingreso: día mes año \_\_\_\_\_ Dias de estancia: \_\_\_\_\_

Unidad de cuidados especiales: no  si  Fecha de ingreso: día mes año \_\_\_\_\_ Dias de estancia: \_\_\_\_\_

Sala de aislamiento con presión negativa: no  si  Fecha de ingreso: día mes año \_\_\_\_\_ Dias de estancia: \_\_\_\_\_

Otro: no  si  Fecha de ingreso: día mes año \_\_\_\_\_ Dias 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  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

Dificultad respiratoria: no  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

Apnea: no  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

Otros: no  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

Fiebre: no  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

Tos: no  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

Vómitos/diarrea: no  si  Fecha de inicio: día mes año \_\_\_\_\_

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

Oxígeno suplementario: no  si  día hora min \_\_\_\_\_

CPAP: no  si  día hora min \_\_\_\_\_

Cánula nasal: no  si  día hora min \_\_\_\_\_

Ventilación mecánica: no  si  día hora min \_\_\_\_\_

COVID-19 25-05-2020 Neonatal LOCAL

**Registro Neonatal - COVID-19**

NOMBRES: \_\_\_\_\_ FECHA INGRESO: día mes año \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_ N° identidad: \_\_\_\_\_

**Características clínicas**

Erupción cutánea	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Conjuntivitis no purulenta bilateral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Signos de inflamación de la mucosa oral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Signos de inflamación cutánea periférica (manos o pies)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Taquicardia (considerar según edad)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Palidez o piel moteada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Manos/pies fríos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Excreción urinaria < 2 ml/kg/hr	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Otros diagnósticos durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)**

Hipotensión (requiere inotrópicos)	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Hipoglucemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sepsis bacteriana confirmada por cultivo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Encefalopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Organismo aislado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

precoz  tardía (>72 hs.)

Especificar: \_\_\_\_\_

**Tratamientos administrados (marque todos los que corresponda)**

Antibióticos	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Antivirales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fluidos intravenosos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Oxido nítrico inhalado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Surfactante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hidrocortisona	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dexametasona	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Transfusión de sangre	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Especificar: \_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Alimentación durante la hospitalización (consignar la principal a lo largo de la hospitalización)

Lactancia materna	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Leche materna extraída	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche materna de banco, pasteurizada	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
No se da leche materna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Especificar: \_\_\_\_\_

¿Se analizó la leche materna de la madre para detectar el SARS-CoV-2?

no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
--------------------------	-------------------------------------

Fecha de toma de muestra: día mes año \_\_\_\_\_

Positivo   
 Negativo   
 No disponible

**Defectos congénitos**

no  Menor  Mayor

Código CIE-10: \_\_\_\_\_

**EXAMENES DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO**

Pruebas perinatales de SARS-CoV-2 realizadas: no  si

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

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

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

**EXAMENES DE IMÁGENES EN EL RECIÉN NACIDO**

**Radiología**

RX: no  si  Fecha: día mes año \_\_\_\_\_ Imagen patológica: no  si  Especificar: \_\_\_\_\_

Ecocardiografía: no  si  Fecha: día mes año \_\_\_\_\_ Imagen patológica: no  si  Especificar: \_\_\_\_\_

TAC: no  si  Fecha: día mes año \_\_\_\_\_ Imagen patológica: no  si  Especificar: \_\_\_\_\_

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

Fecha	hisopados nasofaríngeos	hisopados orofaríngeos	hisopado de heces	IgG	IgM	Otro
_____	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>
_____	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>
_____	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>
_____	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>
_____	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>

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

<b>Egreso</b>	<b>Condición al momento del egreso</b>	<b>Alimentación al momento del egreso</b>	<b>Inmunizaciones y referencia</b>
al hogar, continuar el aislamiento <input type="radio"/>	sano <input type="radio"/>	lactancia exclusiva <input type="radio"/>	Administrada
al hogar, sin aislamiento <input type="radio"/>	egreso con complicaciones/secuelas <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____	parcial <input type="radio"/>	Referido
traslado a otra instalación <input checked="" type="radio"/>	referencia a especialista para seguimiento <input type="radio"/> _____	artificial <input checked="" type="radio"/>	BCG <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
fallecido <input checked="" type="radio"/>	traslado a otra institución <input checked="" type="radio"/> Especificar: _____	Fecha de egreso: día mes año _____	vacuna Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
causa de muerte <input type="radio"/>	desconocido <input checked="" type="radio"/> _____		control postnatal <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
Especificar: _____			Se brindaron orientaciones y signos de alarma contacto de la madre o cuidador/a (Especificar)

Observaciones: \_\_\_\_\_