

Formulario de Notificación de Embarazos MS Synthon Bagó SA

MS Synthon Bagó ID:

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE										
Iniciales de la	Iniciales de la Paciente País-			vincia Edad				Protocolo Nº		
Fecha	Fecha de Nacimiento Fecha de la últir				ma menstrua	ción	Fec	Fecha prevista del parto		
	/				/			/		
Método Anticonceptivo						Fue uti	izado como d	no corresponde?		
			Si No			NS				
ANTECEDENTES MÉDICOS (incluyendo patologías familiares o condiciones que pueden afectar el curso del embarazo)										
ANTECEDENTES OBSTETRICOS (detalles de embarazos anteriores incluyendo abortos o partos de fetos muertos)										
MEDICACIÓN (medicamentos tomados antes y durante el embarazo)										
Droga	Dosis	Dosis Ruta		Fecha de Inicio		Fecha de Terminaci		ción	Indicación	
INFORMACIÓN PRENATAL										
¿Se realizaron exámenes específicos, ej. Amniocentesis, AFP en suero materno, ecografías, durante el embarazo?										
Si		No		NS						
Si respondió "Si", comentar fecha y resultados										
RESULTADOS DEL EMBARAZO										
				ABOF	RTO					
Terapéutico	Planeado				Es	pontáneo				
Fecha:										
Especificar la razón y si hubo anomalías fetales:										
PARTO										
Normal	Forceps					Cesárea				
Semanas de Gestación:										
Complicaciones maternas o problemas relacionados al nacimiento:										

EVENTOS ADVERSOS MATERNOS ASOCIADOS AL EMBARAZO

Synthon - Bagó

Plan de Gestión de Riesgos Osiren MS

Si responde "	Si ", completar una p	lanilla de Ea	s y a	djuntarla a es	te formulario							
	Si	Si No			40							
RECIÉN NAC	CIDO											
Normal Anormal					Feto muerto							
El embarazo f	fue normal y el recié	n nacido no	tuvo į	problemas.								
Sexo	Peso	Altura		1 min	Apgar 	ar		Circunferencia cefálica				
F	Kg		. cm		5 min 10 min			cm				
INFORMACIÓN ADICIONAL												
			FU	JENTE DE IN	FORMACIÓN	1						
Nombre y Apellido					Dirección							
Fecha del Reporte					Firma del Investigador Principal							
USO INTERNO												
Reporte recibido por :					Fecha:							