

Formulario Obstétrico

Los datos solicitados a continuación son de carácter confidencial y serán resguardados bajo el secreto médico profesional. El objetivo de este cuestionario es conocer datos relevantes para el control feto-materno por lo que resulta importante el llenado de la totalidad de los datos. Se completa por única vez y la información es almacenada en el Software Astraia, permitiendo guardar y relacionar todos sus controles y confeccionar curvas evolutivas, con el propósito de optimizar el seguimiento del crecimiento fetal.

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono de contacto:

Ocupación

DNI:

Edad:

Profesional que controla el embarazo:

Fecha probable de parto **según primera ecografía:**

Grupo sanguíneo: _____

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

	NO	SI	En caso de respuesta positiva especifique:
Para el embarazo actual realizó tratamiento de fertilización asistida?			De qué tipo? Ovodonación? Edad de la donante:
Fuma durante el embarazo?			Que cantidad de cigarrillos?
Consume alcohol? (no importa la cantidad)			
Le realizaron radiografías, mamografías o tomografías estando embarazada?			
Consume algún tipo de drogas?			Qué tipo de droga?
Toma ácido fólico ?			Desde antes del embarazo?
Toma calcio?			
Toma algún complejo polivitamínico?			Cual?
Usted posee algún antecedente familiar (padres, tíos/as, herman/as) de interés? (ej: síndrome de Down, problemas en los riñones, neurológicos, malformativos, etc)			Indique de que tipo:
El Progenitor biológico de este bebé posee algún antecedente familiar conocido (xadres, tíos/as, herman/as) de interés? (ej: síndrome de Down, problemas en los riñones, neurológicos, malformativos, etc)			Indique de que tipo:
Entre usted y el otro progenitor de este bebé existe alguna relación de parentesco sanguíneo? (ej: primos)			De que tipo?
Ha estado embarazada anteriormente?			Número de partos vaginales: Número de cesáreas: Número de abortos espontáneos: Número de interrupciones voluntarias:
Alguno de sus embarazos finalizó antes de tiempo?			Indique la causa (presión elevada, rotura de membranas, etc): Indique en que semana de embarazo:
Alguno de sus hij@s peso menos de 2500 gr?			En que semana de gestación nació?
Alguno de sus hij@s nació con algún problema malformativo?			Por favor especifique de que tipo:
Alguno de sus hij@s nació con síndrome de Down o algún otro problema genético?			Por favor especifique cual?
Alguno de sus hij@s nació con algún problema en el corazón?			Por favor especifique de que tipo
Alguno de sus hij@s falleció antes de nacer?			Si conoce la causa por favor indíquela:
Alguno de sus hij@s murió luego de nacer?			Si conoce la causa por favor indíquela:
Se encuentra en tratamiento con alguna <u>medicación</u> ?			Indique nombre de la medicación y dosis

NO -- SI

(aspirina, labetalol, insulina, antiepilépticos, etc)?			
Posee usted alguna enfermedad crónica en los riñones, sistema digestivo, hígado, cerebro, etc?			Indique el nombre de la enfermedad: En que año se la diagnosticaron?
Fuera del embarazo posee presión elevada?			En que año se la diagnosticaron? Que medicación toma?
Fuera del embarazo posee diabetes?			En que año se la diagnosticaron? Si se encuentra medicada indique el nombre de la medicación:
Posee síndrome antifosfolípido?			En que año se lo diagnosticaron?
Ha tenido infecciones urinarias a repetición (mas de tres al año)?			
Ha tenido infecciones vaginales?			
Ha tenido cirugías en el cuello del útero?			
Durante los embarazos ha tenido presión elevada?			
Durante los embarazos ha tenido diabetes?			
Su madre o hermana ha tenido presión elevada <u>durante los embarazos</u>			Madre? Hermana?
Alguien en su familia posee Diabetes?			Quién?

Otros datos que se hayan omitido durante este cuestionario:

En la siguiente tabla indique los datos referentes a sus embarazos previos, en caso de aborto solo indique la fecha y semanas de interrupción del embarazo (solo indicar los espontáneos)

PARTO/CESAREA/ ABORTO	FECHA	SEMANAS A LA QUE FINALIZO EL EMBAZO	SEXO fem/masc	PESO	MALFORMACIONES/COMPLICACIONES (hemorragia, rotura de membranas, desgarros, etc)

Si surgieran otros datos relevantes durante el curso del embarazo como enfermedades infecciosas, fiebre, diabetes gestacional, hipertensión, le pedimos que nos lo haga saber durante la ecografía.

Se puede concurrir al estudio ecográfico con un acompañante adulto. Para tal fin, existe un monitor auxiliar para que la embarazada y acompañantes puedan seguir en todo momento el transcurso de la ecografía, en caso de desear compartirlo con mas miembros de la familia puede solicitar la grabación a la secretaria previo al comienzo del estudio. En caso de tener piercing en el ombligo por favor retirar previo al estudio ecográfico.

Durante el examen ecográfico se recomienda no hablar demasiado de cosas banales y colocar los teléfonos móviles en modos de silencio. La realización de una ecografía exige un grado de concentración alto, por eso, en principio es mejor esperar a que concluya el estudio médico. Preguntar por los dedos de la mano o por el sexo cuándo se está examinando la cabeza puede romper la concentración del profesional y hacer que aumenten los errores diagnósticos. Una vez finalizada la parte médica del estudio ecográfico, se enseñaran los aspectos más fotogénicos del bebé, decir el sexo o contestar a cualquier otro tipo de preguntas.

Moguilansky Diego Martín

Especialista de toco-ginecología

FIRMA DE LA PACIENTE

y en Diagnóstico por imágenes