

HISTORIA CLÍNICA MATERNA REBINATAI - MSB ADAPTAR FORMULARIO ESTABLE

DATOS GENERALES												C.C. / H.CU.			ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN			ESTADO CIVIL			ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL																							
NOMBRES: APPELLIDOS:												TELEF.: _____			FECHA DE NACIMIENTO: día _____ mes _____			AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena _____ Afroecuatoriano/a _____ afrodescendiente _____ Negra _____ Mulata _____ Montubia _____ Mesetista _____ Blanca _____ Otra _____			SABE LEER Y ESCRIBIR: NO _____ SI _____			Unión de hecho _____ Soltera _____ Casada _____ Divorciada _____ Viuda _____ Se ignora _____																				
Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa)												Nacionalidad: Ecuatoriana _____ Extranjera _____ Cuál?: _____			EDAD (años): < 15 _____ > 35 _____						último año aprobado _____																							
Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____ Dirección Domicilio: _____												EDU. BÁSICA (Preparatoria): Edu. básica (elem. y media) _____ Edu. básica (superior) _____ Bachillerato _____ Superior _____			EDU. SUPERIOR: Técnico superior _____ 3er. nivel de grado _____ 4to. nivel post-grado _____			Ninguna _____																										
Cuál?: _____												EDU. SUPERIOR: Bachillerato _____ Superior _____			Vive sola _____ si _____			Ninguna _____																										
ANTECEDENTES												OBSTÉTRICOS			FIN EMBARAZO ANTERIOR			ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO																										
FAMILIARES						PERSONALES						ÚLTIMO EMBARAZO			gestas previas			abortos			vaginales			nacidos vivos			viven																	
no si _____ TBC _____ Diabetes _____ Hipertensión _____ Preeclampsia _____ Eclampsia _____ Otra cond. _____ médica grave _____ Cuál?: _____						no si _____ Cirugía _____ Genito-Urinaria _____ Infertilidad _____ Cardiopatía _____ Nefropatía _____ Violencia _____ VIH _____ Cuál?: _____						n/a _____ < 2500g _____ normal > 4000g _____			3 espont. consecutivos _____			partos _____			cesáreas _____			nacidos muertos _____			muertos 1 ^a . sem. _____																	
Embarazos no si _____ Múltiples _____						emb. molar _____ emb. ectópico _____						después 1 ^a . sem. _____			nacidos muertos _____			vivir 1 ^a . sem. _____			menos de 1 año _____ n/a _____																							
GESTACIÓN ACTUAL												EMBARAZO PLANIFICADO			FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO			EX. NORMAL																										
PESO INICIAL						TALLA (cm.)						FUM FUM dia mes año			EG CONFIAL por: FUM Eco < 20 s.			ECOGRAFIA 11-13 semanas			FUMA ACT. 1er trim. no si _____			FUMA PAS. 2do trim. no si _____			DROGAS 3er trim. no si _____			ALCOHOL no si _____			VIOLENCIA no si _____			ANTIRUBEOLA previa no sabe _____			ANTITÉMATICA vigente no si _____			EX. NORMAL no si _____		
Kg. _____						Kg. _____						no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			MAMAS no si _____								
CERVIX						GRUPO Rh						TOXOPLASMOSIS +			< 20 sem. Prueba solicitada result. +			TARV. en emb. si _____			Prueba result. +			TARV. en emb. si _____			Hb < 20 sem. Fe/FOLATOS indicados			Hb > 20 sem. Folatos			no si _____			no si _____			ODONT. no si _____					
normal anormal no se hizo _____						no se hizo _____						no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____			no se hizo _____								
Insp. visual _____						Inmuniz. _____						BACTERIURIA +			GLUCEMIA EN AYUNAS > 92 mg/dl _____			PREVENCIÓN PREECLAMPANCIA Calcio > 12 sem. no si _____			ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas no si _____			EDUCACION PRENATAL Sesiones 1 2 3 4 5 6			CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no si _____			SIFILIS - Diagnóstico y tratamiento			Tto. de la pareja no si _____											
PAP _____						COLP _____						sem normal anormal no se hizo _____			< 20 sem. > 30 sem. _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____								
CHAGAS - +						PALUDISMO - +						no se aplica _____			no se aplica _____			no se aplica _____			no se aplica _____			no se aplica _____			no se aplica _____			no se aplica _____			no se aplica _____											
CORTICOIDEOS ANTENATALES completo _____ incompl. _____ ninguna _____ n/a _____						UTEROINHIBIDORES si _____ no _____ semana inicio _____						INICIO espontáneo _____ inducido _____ cesárea _____			RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO dia mes año < 37 sem. _____			EG AL PARTO / ABORTO semanas días > 18 hs. _____			PRESENTACIÓN SITUACION cefálica _____																							
Edad gest. dia mes año						Peso Ganancia adecuada peso						TA FC FR T°C Sat. Proteína urinaria Est. conc. Altura uterina Presen-tación FCF (lpm)			Movim. fetales Sangrado vaginal			Exámenes, tratamientos, SCORE MAMÁ			Iniciales Técnico			Próxima cita dia mes año																				
CONSULTAS PRENATALES total						HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO no si _____ días						no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
CARNÉ no si _____						TAMÀO FETAL ACORDE EG no si _____						ACOMPAÑANTE Pareja Familiar Partera/o Otro Ninguno			PRÁCTICAS INTERCULTURALES Vestimenta Entrega placenta Ingesta líquidos Otras			POSICIÓN PARTO arrodillada _____ de pie _____ cucillas _____ sentada _____ acostada de lado _____ litotómica _____			NACIMIENTO VIVO dia mes año			EPISIOTOMÍA no si _____			MANEJO ACTIVO no si _____																	
PESO PRODUCTO (aborto) n/a _____ g						TAMAÑO FETAL ACORDE EG no si _____						TERMINACIÓN espont. _____ cesárea _____			INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO RECIBIÓ Inducto conducción Oxitólicos en TDP Antibiot. Analgesia Anest. local Anest. region Anest. gral Trasfusión Sulfato de Mg. preedam.			INDUC. OPER. CIE no si _____			semanas días por FUM			semanas días por Eco.			cefalíca _____																	
MÚLTIPLE no si _____ orden						TERMINACIÓN espont. _____ cesárea _____						RECIBIÓ no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			pelviana _____											
PLACENTA completa _____ retenida _____						LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES no si _____						no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			transversa _____											
TERAPIA						INFECCIONES						MORBILIDAD			HEMORRAGIA			POSTPARTO			TRASTORNOS HIPERTENSIVOS			INFECCIONES			HEMORRAGIA			POSTPARTO														
no si _____						no si _____						no si _____			1 TRIM. no si _____ 2 TRIM. no si _____ 3 TRIM. no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
Edempasia _____						SIRS _____						Neumonía _____			Post aborto _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
Hemip. _____						Sepsis _____						Mastitis _____			Rotura uterina _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
Transitoria _____						Endometritis _____						Gonorrhea _____			Mola hidatiforme _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
Previa con proteinuria sobreagregada _____						Infección ovariol. _____						Parasitosis _____			Embarazo ectópico _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
Previa _____						Infección genital _____						Infección herida cesárea _____			Placenta previa _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
Preedempasia _____						Bacteriuria asintomática _____						Infección episporafia _____			Acretismo placentario _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
PIELONEFritis _____						Infección episporafia _____						Otra infección _____			DPPNI _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____											
TRASTORNOS METABÓLICOS no si _____						OTROS TRASTORNOS no si _____						IMMUNOGLOBULINA ANTI RH D no si _____			COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS no si _____			TRAJE ANTI SHOCK no neumático si no s/d _____																										
DIABETES MELLITUS no si _____						TRASTORNOS TIROIDEOS no si _____						no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
Tolerancia oral a la glucosa anormal _____						Hipotiroidismo _____						Hiperemesis gravídica _____			Oliguria _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
D.M. insulinó dependiente previa _____						Hipertiroidismo _____						Trombosis venosa prof. _____			Anemia ferropánica _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
D.M. no insulinó dependiente previa _____						Crisis tiroidea _____						Tromboembolismo pulm. _____			Anemia falciforme _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
D.M. gestacional _____						Otro trastorno metabólico _____						Embolia L.A. _____			Enfermedad renal _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
Cuál?: _____						Administración de hemoderivados _____						Cardiopatía _____			Neoplasia maligna _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
Aluminbramiento manual _____						Via venosa central _____						Valvulopatía _____			Trastorno siquiátrico _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____			no si _____														
Uterotónicos para tto. hemorragia _____						Nro. de vol. _____						Convulsiones _____			Alteración del estado de conciencia _____			días			Procedimientos para detener/contener la hemorragia			Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas / hipogástricas _____			Traje antishock no neumático si no s/d _____																	
Cuál?: _____						Cuál?: _____						Laparotomía (excluye cesárea) _____			Ingreso a UCI < 7 días _____			sí no s/d _____			días			Embolizaciones _____			Balones hidrostáticos _____																	

PARTOGRAMA

C.C. / H.C.U.

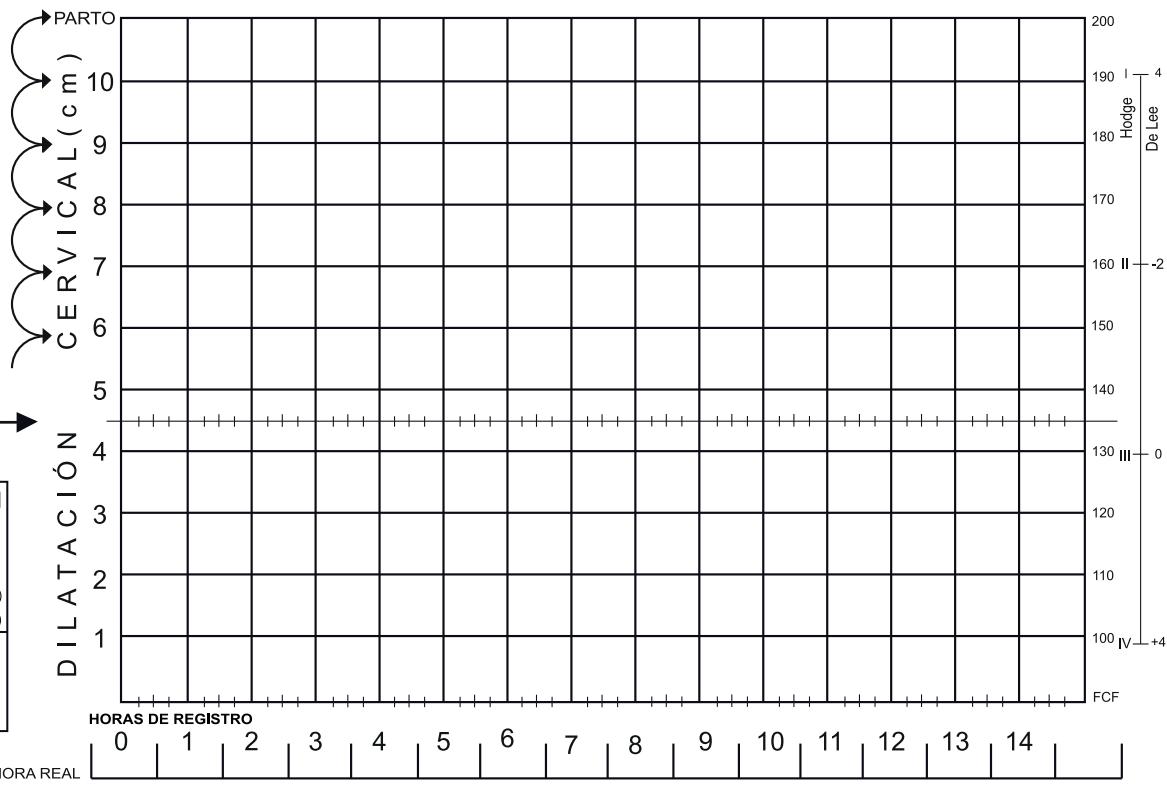
DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL		
PARIDAD	TODAS	MULTÍPARAS	NULÍPARAS	
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN
DE LAS CURVAS DE ALERTA
(en horas), p10

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA



REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDIÁCA FETAL	<input type="text"/>
PLANOS DE HODGE Y	<input type="text"/>
VARIEDAD DE POSICIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
DILATACIÓN CERVICAL	<input checked="" type="checkbox"/>
RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB.	<input type="text"/> (REM)
RUPTURA ARTIFICIAL MEMB.	<input type="text"/> (RAM)
INTENSIDAD	LOCALIZACIÓN
Fuerte <input checked="" type="checkbox"/>	Suprapúbico <input type="text"/> SP
Moderada <input checked="" type="checkbox"/>	Sacro <input type="text"/> S
Débil <input checked="" type="checkbox"/>	Contracciones <input type="text"/>
No lo percibe <input type="checkbox"/>	Uterinas <input type="text"/> ▲
FRECUENCIA CARDIÁCA FETAL	
Dips tipo I (Desaceleración precoz)	<input type="text"/> I
Dips tipo II (Desaceleración tardía)	<input type="text"/> II
Dips variables (Desaceleración variable)	<input type="text"/> V
Meconio <input type="checkbox"/>	M
POSICIÓN MATERNA	
Lat. derecho <input type="checkbox"/>	LD
Lat. izquierdo <input type="checkbox"/>	LI
Dorsal <input type="checkbox"/>	D
Semisentada <input type="checkbox"/>	SS
Sentada <input type="checkbox"/>	S
Parada o caminado <input type="checkbox"/>	PC

*SCHWARCZ, R., DIAZ A.G., NIETO, F. CLAP

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIÁCA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR	/ Localiz./	Intens.														

VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS										no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>													
CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUCIÓN ÓRGANO-SISTEMA										LABORATORIO			INTERVENCIONES											
Cardiovascular:					Renal:					Laboratorio:			Administración continua de agentes vasoactivos											
Shock <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oliguria resistente a líquidos diuréticos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Paro cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematológicos/coagulación:					Plaquetas < 50000/ml <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuál(es)										
Hepático:	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la coagulación <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuroológico:					Creatinina > 300 micromoles/o >3,5mg/dl <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	días								
Ictericia en preclampsia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsciencia prolongada >12 hs <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coma <input type="checkbox"/>					Bilirrubina > 100 mmoles/o > 6,0 mg/dl <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criterios Neer Miss FLASOG>3VOL OMS>5VOL								
Respiratorio:	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebro Vascular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="checkbox"/>					pH < 7.1 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingreso de UCI > 7 días <input type="checkbox"/>								
Cianosis aguda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis generalizada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis generalizada <input type="checkbox"/>					Po2 < 90% > 1 hora <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Histerectomía <input type="checkbox"/>								
Respiración jadeante (gasping) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsciencia prolongada >12 hs <input type="checkbox"/>					PaO2/FiO2 < 200 mmHg <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis en caso de IRA <input type="checkbox"/>										
Taquipnea severa FR >40rpm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebro Vascular <input type="checkbox"/>					Lactato > 5umol/L o 45mg/dl <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reanimación cardio-pulmonar <input type="checkbox"/>										
Bradipneea severa FR <6 rpm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="checkbox"/>					Pasa OI <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre										
RECIÉN NACIDO										ATENDIÓ			INTERVENCIONES											
SEXO		PESO AL NACER		P. CEFÁLICO cm		EDAD GESTACIONAL sem. días		PESO E.G.		APGAR (min)		estimulac.		FALLECE EN LUGAR de PARTO		INTERVENCIONES								
H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g		<input type="text"/> cm		<input type="text"/> , <input type="text"/> días		FUM <input type="checkbox"/>		1 ^{er} <input type="text"/> <input type="text"/>		no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Administración continua de agentes vasoactivos								
no <input type="checkbox"/>	definido <input type="checkbox"/>	<2500 g <input type="checkbox"/> >4000 g <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> cm		<input type="text"/> , <input type="text"/> días		adec. <input type="checkbox"/>		5 ^o <input type="text"/> <input type="text"/>		aspiración <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Cuál(es)								
MÉTODO CANGURO		NORMAL		DEFECTOS CONGÉNITOS		ENFERMEDADES		ESTIMULAC.		n/a		tubo endotrág.		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia								
Amerita Se aplica		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/> 1 ó más <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		n/a		masaj. c.		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		días								
EXAMEN FÍSICO		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		CIE 10		CIE 10		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		n/a		medicación <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		días								
EGRESO RN										TAMIZAJE METABÓLICO			TAMIZAJE AUDITIVO			VACUNA			APEGO INMEDIATO					
vivo <input type="checkbox"/> fallece <input checked="" type="checkbox"/> referencia <input type="checkbox"/>										Se realiza <input type="checkbox"/> No se realiza <input type="checkbox"/>			Pasa OI <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>			Hepatitis B Dosis 0 Se puso <input type="checkbox"/>			Meconio 1 ^{er} dia no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>					
Nombre establecimiento										n/a			No se hace <input type="checkbox"/>			No se puso <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
horas min dia mes año										no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			Lactancia Inmediata no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Certificado C.C. / Recién Nacido H.C.U.										EDAD días completos			lact. excl. <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/> leche humana <input type="checkbox"/>			BCG no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			Peso al egreso <input type="text"/> g			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Nombre Recién Nacido										Fallece durante la referencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			DECÚBITO SUPINO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			Fallece durante la referencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Responsable egreso RN / nombres completos / sello										Fallece en el lugar de la referencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			Fallece en el lugar de la referencia no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			días completos desde el parto <input type="text"/> <input type="text"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Nombre del establecimiento										no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			días completos desde el parto <input type="text"/> <input type="text"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Responsable egreso materno / nombres completos / sello										no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			días completos desde el parto <input type="text"/> <input type="text"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Anticoncepción										no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
ASESORÍA										no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
MÉTODO										pref. acced. <input type="checkbox"/> pref. acced. <input type="checkbox"/>			pref. acced. <input type="checkbox"/> pref. acced. <input type="checkbox"/>			pref. acced. <input type="checkbox"/> pref. acced. <input type="checkbox"/>			pref. acced. <input type="checkbox"/> pref. acced. <input type="checkbox"/>			pref. acced. <input type="checkbox"/> pref. acced. <input type="checkbox"/>		
Barrera <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/>										DIU <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		