0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_OBSTETRIC

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, DEPT_ID, MUNICIP_ID, FACILITY_ID

Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a recién nacido, salvo que se especifique de otra forma

Question: MRR_DATE
Required

1. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	CMI	
4	Hospital	

4. Tipo de unidad médica

- ○ CMI
- ○ Hospital

Question: DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
2	Copán	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocotepeque	

6	Olancho	
995	Otro	

5. Identificación del Departamento:

- ◯ Choluteca
- ◯ Copán
- ◯ Intibucá
- ◯ La Paz
- ◯ Lempira
- ◯ Ocotepeque
- ◯ Olancho
- ◯ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Question: MUNICIP_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cabañas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
24	Choluteca	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
2	Cololaca	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
3	Concepción	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
4	Concepción de Maria	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
5	Copán Ruinas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
6	Dulce Nombre de Culmí	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
7	Duyure	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
8	Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
21	Intibucá	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
25	Juticalpa	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
22	La Paz	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
9	Magdalena	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
10	San Antonio, COPÁN	(DEPT_ID = 2:[Copán])
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
23	San Marcos	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
12	San Jeronimo	(DEPT_ID = 2:[Copán])
13	San Juan Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
14	San Marcos de Colon	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
15	Santa Lucía	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
16	Santa Rita	(DEPT_ID = 2:[Copán])
17	Santiago de Puringa	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
18	Tambla	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
19	Tomalá	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
20	Valladolid	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
995	Otro	

6. Identificación del Municipio:

- ○ Cabañas
- ○ Choluteca
- ○ Cololaca
- ○ Concepción
- ○ Concepción de Maria
- ○ Copán Ruinas
- ○ Dulce Nombre de Culmí
- ○ Duyure
- ○ Guarita
- ○ Intibucá
- ○ Juticalpa
- ○ La Paz
- ○ Magdalena
- ○ San Antonio, COPÁN
- ○ San Antonio, INTIBUCÁ
- ○ San Marcos
- ○ San Jeronimo
- ○ San Juan Guarita
- ○ San Marcos de Colon
- ○ Santa Lucía
- ○ Santa Rita
- ○ Santiago de Puringa
- ○ Tambla
- ○ Tomalá
- ○ Valladolid
- ○ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Question: FACILITY_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
102	Agua Caliente	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
103	Alta Barandilla	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
64	Buenos Aires	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
12	Cabañas	(MUNICIP_ID = 1:[Cabañas])
10	Caire	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
104	Callas	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
35	Cedritos	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
54	Cerro	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
200	Chinquin	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
38	Cololaca Centro	(MUNICIP_ID = 2:[Cololaca])
25	Concepción (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
118	Concepción (CMI)	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
125	Concepción de Maria (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
115	Concepción de Maria (CMI)	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
107	Cuajinicuil	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
50	Culmí (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
155	Culmí (CMI)	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
6	Duyure	(MUNICIP_ID = 7:[Duyure])
8	Duyusupo	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
108	Guarita	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
34	Hornitos	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
170	Hospital Área La Esperanza	(MUNICIP_ID = 21:[Intibucá])
171	Hospital de Área de La Paz	(MUNICIP_ID = 22:[La Paz])
172	Hospital de Área San Marcos Ocotepeque	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
174	Hospital Regional San Francisco	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
173	Hospital Regional del Sur (Choluteca)	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
27	Jiquinlaca	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
51	La Colonia	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
23	La Esperanza	(MUNICIP_ID ≠ 12:[San Jeronimo])
88	La Guaruma	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
3	La Majada	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
65	La Nueva Esperanza	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
17	Las Flores	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
56	Las Marias	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
4	Madrigales	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
28	Magdalena	(MUNICIP_ID = 9:[Magdalena])
39	Malsincales Centro	(MUNICIP_ID = 2:[Cololaca])
16	Nueva Armenia	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
36	Ocotal	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
109	Olosingo	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
110	Otuta	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
0	Pacon	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
1	Palo Solo	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
52	Pisijire	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
53	Pueblo Viejo	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
150	Regional de Occidente (Hospital)	(DEPT_ID = 2:[Copán])
111	Rio Amarillo	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
13	Rio Negro	(MUNICIP_ID = 1:[Cabañas])
29	San Antonio	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
37	San Antonio De Santiago	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
2	San Benito Nuevo	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
48	San Critobal Centro	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
9	San Francisco	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
140	San Jeronimo (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 12:[San Jeronimo])
22	San Jeronimo (CESAR)	(MUNICIP_ID ≠ 12:[San Jeronimo])
21	San Joaquin	(MUNICIP_ID = 10:[San Antonio, COPÁN])
31	San José	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
153	San Juan Guarita (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
152	San Juan Guarita (CESAR)	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
7	San Marcos (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
116	San Marcos de Colon (CMI)	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
19	San Miguel Virginia	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
32	Santa Lucía (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
119	Santa Lucia (CMI)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
24	Santa Rita (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])

117	Santa Rita (CMI)	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
101	Santa Rita (Santa Lucia)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
30	Santa Teresa	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
33	Santiago de Puringla (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
151	Santiago de Puringla (CMI)	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
154	Sazalapa	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
59	Subirana	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
46	Tambla (CESAR)	(MUNICIP_ID = 18:[Tambla])
120	Tambla (CMI)	(MUNICIP_ID = 18:[Tambla])
168	Terlaca	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
5	Terrero	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
157	Tomalá (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
156	Tomalá (CESAR)	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
11	Trapiche	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
167	Valladolid (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 20:[Valladolid])
49	Valladolid (CESAR)	(MUNICIP_ID = 20:[Valladolid])
62	Yorito	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
995	Otro	

7. Identificación de la Unidad:

- ○ Agua Caliente
- ○ Alta Barandilla
- ○ Buenos Aires
- ○ Cabañas
- ○ Caire
- ○ Callas
- ○ Cedritos
- ○ Cerro
- ○ Chinquin
- ○ Cololaca Centro
- ○ Concepción (CESAMO)
- ○ Concepción (CMI)
- ○ Concepción de Maria (CESAMO)
- ○ Concepción de Maria (CMI)
- ○ Cuajinicuil
- ○ Culmí (CESAMO)
- ○ Culmí (CMI)
- ○ Duyure
- ○ Duyusupo
- ○ Guarita
- ○ Hornitos
- ○ Hospital Área La Esperanza
- ○ Hospital de Área de La Paz
- ○ Hospital de Área San Marcos Ocotepeque
- ○ Hospital Regional San Francisco
- ○ Hospital Regional del Sur (Choluteca)
- ○ Jiquinlaca
- ○ La Colonia
- ○ La Esperanza
- ○ La Guaruma
- ○ La Majada
- ○ La Nueva Esperanza
- ○ Las Flores
- ○ Las Marias
- ○ Madrigales
- ○ Magdalena
- ○ Malsincales Centro
- ○ Nueva Armenia
- ○ Ocotal
- ○ Olosingo
- ○ Otuta
- ○ Pacon
- ○ Palo Solo
- ○ Pisijire
- ○ Pueblo Viejo
- ○ Regional de Occidente (Hospital)
- Rio Amarillo

- ○
- ○ Rio Negro
- ○ San Antonio
- ○ San Antonio De Santiago
- ○ San Benito Nuevo
- ○ San Critobal Centro
- ○ San Francisco
- ○ San Jeronimo (CESAMO)
- ○ San Jeronimo (CESAR)
- ○ San Joaquin
- ○ San José
- ○ San Juan Guarita (CESAMO)
- ○ San Juan Guarita (CESAR)
- ○ San Marcos (CESAMO)
- ○ San Marcos de Colon (CMI)
- ○ San Miguel Virginia
- ○ Santa Lucía (CESAMO)
- ○ Santa Lucia (CMI)
- ○ Santa Rita (CESAMO)
- ○ Santa Rita (CMI)
- ○ Santa Rita (Santa Lucia)
- ○ Santa Teresa
- ○ Santiago de Puringla (CESAMO)
- ○ Santiago de Puringla (CMI)
- ○ Sazalapa
- ○ Subirana
- ○ Tambla (CESAR)
- ○ Tambla (CMI)
- ○ Terlaca
- ○ Terrero
- ○ Tomalá (CESAMO)
- ○ Tomalá (CESAR)
- ○ Trapiche
- ○ Valladolid (CESAMO)
- ○ Valladolid (CESAR)
- ○ Yorito
- ○ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Collection: MRR_OBSTETRIC
Contains: NEONATAL_COMPLICATIONS

Collection: NEONATAL_COMPLICATIONS
Contains: NEO_BIRTH_DATE, NEO_BIRTH_TIME, MRR_NEO_COMP, MRR_NEO_GEN, GEN_COMPL_INFO, NEO_SEPSIS, NEO_LBW, NEO_PRE, NEO_ASP, GEN_DISPOSITION
Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Complicaciones neonatales

Question: NEO_BIRTH_DATE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	

8. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe

Fecha de nacimiento

- ○ Si: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_BIRTH_TIME
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

9. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Page Break

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento entre 01/02/2012 - 31/01/2014.

Jump-To: JMP2
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: (DATE_ELEGIBILITY_2014 = 0) or (DATE_ELEGIBILITY_2012 = 0)

Question: MRR_NEO_COMP
Minimum checks: 1

10. Indique si el bebé tuvo alguna de las siguientes complicaciones

- ☐ Sepsis
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Asfixia al nacimiento
- ☐ Prematurez
- ☐ Ninguna

Auto Page Break

Jump-To: JMP3
Description:
Jump-To-Item: NO_COMPL
Jump-If: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Ninguna])

Collection: MRR_NEO_GEN
Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_MOM_EDU, MRR_MOM_MAR_STAT, MRR_MOM_ETHNICITY, WOM_DEPT_ID, WOM_MUNICIP_ID

Question: MRR_AGE_BABY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Edad en años:	
2	Edad en meses:	
1	Edad en días:	
0	Edad en horas:	
-1	No registrado	

11. Edad del niño
- ◯ Edad en años:
- ◯ Edad en meses:
- ◯ Edad en días:
- ◯ Edad en horas:
- ◯ No registrado

Question: MRR_AGE_MOM
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	

12. Edad de la madre
- ◯ Edad:
- ◯ No registrado

Question: MRR_MOM_LITERACY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No registrado	

13. Lee y escribe (madre)
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ No registrado

Question: MRR_MOM_EDU
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Preparatoria	
5	Universidad	
-1	No registrado	

14. Educación de la madre
- ◯ Ninguna
- ◯ Primaria
- ◯ Secundaria
- ◯ Preparatoria
- ◯ Universidad
- ◯ No registrado

Question: MRR_MOM_MAR_STAT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Soltera	
1	Casada	
7	Union estable	
5	Divorciada	
6	Viuda	
2	Acompañada	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

15. Estado civil de la madre

- ◯ Soltera
- ◯ Casada
- ◯ Union estable
- ◯ Divorciada
- ◯ Viuda
- ◯ Acompañada
- ◯ Otro (especificar):
- ◯ No registrado

Question: MRR_MOM_ETHNICITY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mestiza	
2	Indigena	
5	Negra	
3	Blanca	
4	Otro	
-1	No registrado	

16. Etnia:

- ◯ Mestiza
- ◯ Indigena
- ◯ Negra
- ◯ Blanca
- ◯ Otro
- ◯ No registrado

Page Break

Question: WOM_DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
2	Copán	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocotepeque	
6	Olancho	
995	Otro	

17. ¿De cual departamento viene la madre?

- ◯ Choluteca
- ◯ Copán
- ◯ Intibucá
- ◯ La Paz
- ◯ Lempira
- ◯ Ocotepeque
- ◯ Olancho
- ◯ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Question: WOM_MUNICIP_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cabañas	(Error!)
2	Cololaca	(Error!)
3	Concepción	(Error!)
4	Concepción de Maria	(Error!)
5	Copán Ruinas	(Error!)
6	Dulce Nombre de Culmí	(Error!)
7	Duyure	(Error!)
8	Guarita	(Error!)
21	Intibucá	(Error!)
22	La Paz	(Error!)
9	Magdalena	(Error!)
10	San Antonio, COPÁN	(Error!)
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(Error!)
23	San Marcos	(Error!)
12	San Jeronimo	(Error!)
13	San Juan Guarita	(Error!)
14	San Marcos de Colon	(Error!)
15	Santa Lucía	(Error!)
16	Santa Rita	(Error!)
17	Santiago de Puringa	(Error!)
18	Tambla	(Error!)
19	Tomalá	(Error!)
20	Valladolid	(Error!)
995	Otro	

18. ¿De cual municipio viene la madre?

- ◯ Cabañas
- ◯ Cololaca
- ◯ Concepción
- ◯ Concepción de Maria
- ◯ Copán Ruinas
- ◯ Dulce Nombre de Culmí
- ◯ Duyure
- ◯ Guarita
- ◯ Intibucá
- ◯ La Paz
- ◯ Magdalena
- ◯ San Antonio, COPÁN
- ◯ San Antonio, INTIBUCÁ
- ◯ San Marcos
- ◯ San Jeronimo
- ◯ San Juan Guarita
- ◯ San Marcos de Colon
- ◯ Santa Lucía
- ◯ Santa Rita
- ◯ Santiago de Puringa
- ◯ Tambla
- ◯ Tomalá
- ◯ Valladolid
- ◯ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Collection: GEN_COMPL_INFO
Contains: NEO_ADM_DATES, NEO_ADM_TIMES, NEO_GESTAGES, NEO_GENDERS, NEO_MOMCOMPLS
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfixia al nacimiento] or [Prematurez])

Question: NEO_ADM_DATES
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	

19. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe:

Fecha de admisión

- ○ Si: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_ADM_TIMES
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

20. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: NEO_GESTAGES
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	

21. Edad gestacional de la madre

- ○ Edad: _____ semanas
- ○ No registrado

Question: NEO_GENDERS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Masculino	
2	Femenino	
-1	No registrado	

22. Sexo del bebe

- ○ Masculino
- ○ Femenino
- ○ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPLS
Minimum checks: 1

23. Anote si la madre tuvo alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: NEO_SEPSIS
Contains: NEO_SEP_BASIC, NEO_SEP_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con septicemia.

Collection: NEO_SEP_BASIC
Contains: NEO_SEP_BASIC_CON_EVER, NEO_SEP_BASIC_CONSULT, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK1

24.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK2

25.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	☐		
Frialdad distal	☐		
Examen abdominal	☐		
Otro (especificar)	☐		

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB1

26.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	☐		
Morfología de neutrófilos	☐		
Plaquetas	☐		
Otro (especificar)	☐		

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora en que se hizo por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB2

27.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐	mg/dL		
Otro (especificar)	☐			

Question: NEO_SEP_BASIC_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

28. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	

29. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ◯ Si
- ◯ No

Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_SEP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

30. Fecha de primera revisión por un médico

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_SEP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

31. Hora de primera revisión por un médico

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_MED1

32.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	☐				
Amikacina	☐				
Sulbactam	☐				
Piperacilina	☐				

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_MED2

33.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Otro antibiótico (especificar)	☐				
Otro medicamento (especificar)	☐				

Question: NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS
Required
Show if: ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

34. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ○ Si
- ○ No

Page Break

Collection: NEO_SEP_COMP
Contains: NEO_SEP_COMP_CON_EVER, NEO_SEP_COMP_CONSULT, NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK1

35.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	☐			
Pulso/frequencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK2

36.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	☐		
Otro (especificar)	☐		

Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_LAB

37.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	☐	x10 ^ 3 liter		
Proteína C reactiva	☐	mg/dL o +/-		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	☐	mm/h		
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Otro (especificar)	☐			

Question: NEO_SEP_COMP_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

38. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No registrado	

39. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ○ Si
- ○ No
- ○ No registrado

Page Break

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_SEP_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

40. Fecha de primera evaluación por un médico

- ◯ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ◯ No registrado

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_SEP_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

41. Hora de primera evaluación por un médico

- ◯ Hora: _____ (HH:MM)
- ◯ No registrado

Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_MED1

42.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	☐				
Amikacina	☐				
Sulbactam	☐				
Piperacilina	☐				

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_MED2

43.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Otro antibiótico (especificar)	☐				
Otro medicamento (especificar)	☐				

Question: NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS
Required
Show if: ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

44. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ◯ Si
- ◯ No

Page Break

Collection: NEO_LBW
Contains: NEO_LBW_BASIC, NEO_LBW_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con bajo peso al nacer.

Collection: NEO_LBW_BASIC
Contains: NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD, NEO_LBW_BASIC_CON_EVER, NEO_LBW_BASIC_CONSULT, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES, NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

45. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM
- ☐ ECO
- ☐ Test de Ballard
- ☐ Perímetro cefálico
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK1

46.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Peso	☐	gr		
Talla	☐	cm		
Perímetro cefálico	☐	cm		
Escala de Downes	☐			
Escala de Silverman	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK2

47.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	☐		
Examen abdominal	☐		
Otra (especificar)	☐		

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB1

48.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB2

49.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐			

mg/dL

Otro (especificar) ☐

Question: NEO_LBW_BASIC_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

50. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

51. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ○ Si
- ○ No

Page Break

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_LBW_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

52. Fecha de primera evaluación por un médico

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_LBW_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

53. Hora de primera evaluación por un médico

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

54. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Campana de oxígeno
- ☐ Oxígeno CPAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Oxígeno de cilindro
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

55. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ○ Alimentación al seno materno
- ○ Alimentación intravenosa
- ○ Otro
- ○ No registrado

Page Break

Collection: NEO_LBW_COMP
Contains: NEO_LBW_COMP_CON_EVER, NEO_LBW_COMP_CONSULT, NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE, NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME, NEO_LBW_COMP_PROCEDURES, NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_CHECK1

56.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Peso	☐	kg		
Talla	☐	cm		
Perímetro cefálico	☐	cm		
Escala de Downes	☐			
Escala de Silverman	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB1

57.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB2

58.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐	mg/dL		
Otro (especificar)	☐			

Question: NEO_LBW_COMP_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

59. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

60. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ◯ Si
- ◯ No

Page Break

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_LBW_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

61. Fecha de primera evaluación por un médico

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_LBW_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

62. Hora de primera evaluación por un médico

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

63. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Campana de oxígeno
- ☐ Oxígeno CPAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Oxígeno de cilindro
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

64. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ○ Alimentación al seno materno
- ○ Alimentación intravenosa
- ○ Otro
- ○ No registrado

Page Break

Collection: NEO_PRE
Contains: NEO_PRE_BASIC, NEO_PRE_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

Collection: NEO_PRE_BASIC
Contains: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD, NEO_PRE_BASIC_CON_EVER, NEO_PRE_BASIC_CONSULT, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES, NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

65. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM
- ☐ ECO
- ☐ Test de Ballard
- ☐ Perímetro cefálico
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK1

66.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Peso	☐	kg		
Talla	☐	cm		
Perímetro cefálico	☐	cm		
Escala de Downes	☐			
Escala de Silverman	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK2

67.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	☐		
Examen abdominal	☐		
Otro (especificar)	☐		

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB1

68.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB2

69.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐			

mg/dL

Otro (especificar) ☐

Question: NEO_PRE_BASIC_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

70. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No registrado	

71. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ○ Si
- ○ No
- ○ No registrado

Page Break

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_PRE_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

72. Fecha de primera evaluación por un médico

- ◯ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ◯ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_PRE_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

73. Hora de primera evaluación por un médico

- ◯ Hora: _____ (HH:MM)
- ◯ No registrado

Page Break

Question: NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

74. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Campana de oxígeno
- ☐ Oxígeno CPAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Oxigeno de cilindro
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

75. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ○ Alimentación al seno materno
- ○ Alimentación intravenosa
- ○ Otro
- ○ No registrado

Page Break

Collection: NEO_PRE_COMP
Contains: NEO_NEO_COMP_CON_EVER, NEO_PRE_COMP_CONSULT, NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE, NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME, NEO_PRE_COMP_PROCEDURES, NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_CHECK1

76.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Peso	☐	gr		
Talla	☐	cm		
Perímetro cefálico	☐	cm		
Escala de Downes	☐			
Escala de Silverman	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB1

77.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB2

78.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐	mg/dL		
Otro (especificar)	☐			

Question: NEO_NEO_COMP_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

79. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

80. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ◯ Si
- ◯ No

Page Break

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_NEO_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

81. Fecha de primera evaluación por un médico

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_NEO_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

82. Hora de primera evaluación por un médico

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

83. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Campana de oxígeno
- ☐ Oxígeno CPAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Oxigeno de cilindro
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

84. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ○ Alimentación al seno materno
- ○ Alimentación intravenosa
- ○ Otro
- ○ No registrado

Page Break

Collection: NEO_ASP
Contains: NEO_ASP_BASIC, NEO_ASP_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfixia al nacimiento])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con asfixia.

Collection: NEO_ASP_BASIC
Contains: NEO_ASP_BASIC_CON_EVER, NEO_ASP_BASIC_CONSULT, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE, NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES, NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK1

85.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
APGAR a 1 minuto	☐			
APGAR a los 5 minutos	☐			
Escala de Silverman	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK2

86.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	☐		
Otro (especificar)	☐		

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB1

87.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	☐	x 10^3/liter		
Hemoglobina	☐	g/dL		
Plaquetas	☐	x 10^3/L		
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB2

88.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐	mg/dL		
Otro (especificar)	☐			

Question: NEO_ASP_BASIC_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

89. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- Si
- No

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

90. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- Si
- No

Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_ASP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

91. Fecha de primera evaluación por un médico

- ◯ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ◯ No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_ASP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

92. Hora de primera evaluación por un médico

- ◯ Hora: _____ (HH:MM)
- ◯ No registrado

Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Apnea	
2	Meconio	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

93. Anote si tuvo el bebé los siguientes:
- ◯ Apnea
- ◯ Meconio
- ◯ Otro (especificar) _____
- ◯ No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

94. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)
- ☐ Ventilación con presión positive
- ☐ Bolsa de reanimación
- ☐ Oxígeno al 100%
- ☐ Succión de secreciones
- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Campana de oxígeno
- ☐ Oxígeno de cilindro con tapa
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_MED1

95.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	☐				
Amikacina	☐				
Sulbactam	☐				
Piperacilina	☐				

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_MED2

96.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Otro antibiótico (especificar) _____	☐				
Otro medicamento (especificar) _____	☐				

Question: NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS
Required
Show if: ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

97. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización
- ◯ Si
- ◯ No

Page Break

Collection: NEO_ASP_COMP
Contains: NEO_ASP_COMP_CON_EVER, NEO_ASP_COMP_CONSULT, NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY, NEO_ASP_COMP_PROCEDURES, NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK1

98.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	☐			
Pulso/frecuencia cardiaca	☐	por minuto		
Frecuencia respiratoria	☐	por minuto		
Temperatura	☐	° C		
Escala de Downes	☐			
Escala de Silverman	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK2

99.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	☐		
Otro (especificar)	☐		

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB1

100.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	☐	%		
Cuenta leucocitaria	☐	x10 ^3/liter		
Plaquetas	☐	x 10 ^3/liter		
Hemoglobin	☐	g/dL		
Proteína C reactiva	☐	mg/dL o +/-		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	☐	mm/h		
Cultivo de sangre	☐			
Otro (especificar)	☐			

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB2

101.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	☐	mg/dL		
Otro (especificar)	☐			

Question: NEO_ASP_COMP_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

102. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- Si
- No

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

103. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- Si
- No

Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_ASP_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

104. Fecha de primera evaluación por un médico

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_ASP_COMP_CON_EVER = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

105. Hora de primera evaluación por un médico

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

106. Anote si se tomó una radiografía de tórax
- ○ Si
- ○ No

Question: NEO_ASP_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

107. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)
- ☐ Ventilación con presión positive
- ☐ Bolsa de reanimación
- ☐ Oxígeno al 100%
- ☐ Succión de secreciones
- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Campana de oxígeno
- ☐ Oxígeno de cilindro
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_MED1

108.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	☐				
Amikacina	☐				
Sulbactam	☐				
Piperacilina	☐				

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_MED2

109.

	Administrado	Dosis		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Otro antibiótico (especificar)	☐				
Otro medicamento (especificar)	☐				

Question: NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS
Required
Show if: ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

110. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización
- ○ Si
- ○ No

Page Break

Collection: GEN_DISPOSITION
Contains: NEO_DISPOSITION, NEO_SEP_REF_REAS, NEO_LBW_REF_REAS, NEO_PRE_REF_REAS, NEO_ASP_REF_REAS, NEO_REF_HOW, NEO_DIS_DATE, NEO_DIS_TIME, NEO_DEATH_DATE, NEO_DEATH_TIME
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfixia al nacimiento] or [Prematurez])

Question: NEO_DISPOSITION
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

111. Resultado final de la estancia del **bebe** en el hospital:

- ○ Murió en el hospital
- ○ Egresó para su casa
- ○ Transferida a otra unidad médica
- ○ Egresó contra las indicaciones médicas
- ○ Desconocido
- ○ Otra (especificar): _____
- ○ No registrado

Page Break

Question: NEO_SEP_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

112. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

113. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

114. PREMATUREZ

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfixia al nacimiento]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

115. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Bajo puntaje APGAR
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_REF_HOW
Minimum checks: 1
Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer] or [Prematurez])

116. Anote cómo fue transferido el bebé (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Incubadora
- ☐ Administración de oxígeno
- ☐ Otro

☐ No registrado

Question: NEO_DIS_DATE
Required
Show if: (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

117. Fecha de egreso/referencia

○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
○ No registrado

Question: NEO_DIS_TIME
Required
Show if: (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

118. Hora de egreso/referencia

○ Hora: _____ (HH:MM)
○ No registrado

Question: NEO_DEATH_DATE
Required
Show if: (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

119. Fecha de defunción

○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
○ No registrado

Question: NEO_DEATH_TIME
Required
Show if: (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

120. Hora de defunción

○ Hora: _____ (HH:MM)
○ No registrado

Page Break

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL

121. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Page Break

Ha indicado que este recien nacido no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, bajo peso al nacer, asfixia al nacimiento, y prematurez.

Page Break

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat