



0%



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

Revisión del registro médico: complicaciones maternas

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

Sólo revisar los registros de mujeres que dieron a luz en los últimos dos años

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. Tipo de unidad médica

- ☐ ECO Familiar
☐ ECO Especializado
☐ Hospital

5. Identificación del Departamento de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlan
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Union
☐ Morazan
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

6. Identificación del Municipio de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristobal
☐ San Esteban Catarina
☐ San Francisco Gotera
☐ San Ildefonso

- ☐ San Vicente
☐ Santa Maria Ostuma
☐ Santa Rosa de Lima
☐ Sensuntepeque
☐ Sociedad
☐ Tacuba
☐ Tecolulca
☐ Tejutepeque
☐ Zacatecoluca
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

7. Identificación de la Unidad:

- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Francisco Menéndez"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. José Luís Saca"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "San Rafael"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Gertrudis"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Teresa"
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Cojutepeque
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Santa Rosa de Lima
☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Sensuntepeque
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
Complicaciones maternas

8. ¿Tuvo la mujer alguna de las siguientes complicaciones?

- ☐ Sepsis
☐ Hemorragia
☐ Pre-eclampsia severa
☐ Eclampsia
☐ Ninguna

9. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión/ ingreso:

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

10. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

11. Edad:

- ☐
☐ no registrada

12. Estado civil/ familiar:

- ☐ Soltera
☐ Casada
☐ Divorciada
☐ Viuda
☐ Acompañada
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

13. Lee y escribe:

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

14. Etnia:

- ☐ Mestiza

- ☐ Indígena
☐ Otro
☐ No registrado

15. Área:

- ☐ Urban
☐ Rural
☐ No registrado

16. Estudios:

- ☐ Ninguna
☐ Primaria
☐ Universidad
☐ No registrado

17. ¿De cual departamento viene la mujer?

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlan
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Union
☐ Morazan
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

18. ¿De cual municipio viene la mujer?

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristobal
☐ San Esteban Catarina
☐ San Francisco Gotera
☐ San Ildefonso
☐ San Vicente
☐ Santa Maria Ostuma
☐ Santa Rosa de Lima
☐ Sensuntepeque
☐ Sociedad
☐ Tacuba
☐ Tecolulca
☐ Tejutepeque
☐ Zacatecoluca
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

19. ¿De cual cantón viene la madre?

20. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
☐ No registrado

21. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
☐ Asfixia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Prematurez
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

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

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

22.

Registrado Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto			
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg			
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg			
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto			
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

23.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Conteo de leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ³ /liter		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

24. Anote la razón de la sepsis (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados
- ☐ Perforación uterina
- ☐ Corioamnionitis
- ☐ Abscesos
- ☐ Embarazos ectopicos infectados
- ☐ Pelvipерitonitis
- ☐ Desgarro de canal vaginal
- ☐ Episiotomía infectada
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

25. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
- ☐ Revisión de cavidad uterina
- ☐ Parto normal
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

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

26.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

28. Resultado final de la estancia de la mujer 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

29. Razón por la que fue referida:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Otro
☐ No registrado

30. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

31. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

32. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

33. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

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

34.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

35.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		segundo		
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>			
		segundo		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>			
		$\times 10^3/L$		
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>		g/dL	
Hematocrito	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			

36. Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto complicado
☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios
☐ Placenta previa
☐ Desprendimiento prematuro de placenta
☐ Ruptura uterina
☐ Atonía uterina
☐ Embarazo ectópico
☐ Desgarros cervicales
☐ Desgarros de canal vaginal
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

37. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
☐ Legrado / revisión de cavidad uterina
☐ Cesárea
☐ Histerectomía
☐ Laparotomía
☐ Reparación o sutura
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

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

38.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

39. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

40. Resultado final de la estancia de la mujer 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

41. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado

- ☐ Lochia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

42. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

43. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

44. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

45. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia

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

46.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Reflejo patelar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

47.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

48.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ³ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate Transmanisa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

49.	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					

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

50.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

51. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

52. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

53. Resultado final de la estancia de la mujer 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

54. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

55. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

56. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

57. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

58. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.

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

59.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

60.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

61.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ³ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate Transmanisa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-amino transferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

62.	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			g/día		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

63.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		

64. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

65. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

66. Resultado final de la estancia de la mujer 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

67. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

68. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

69. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

70. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

71. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

72. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Los registros de las complicaciones maternas sólo deben revisarse en los hospitales

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

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