



0%



BID

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

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

1. Identificación del centro:

- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Pacon
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Jicarito
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / La Guaruma
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Palo Solo
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / San Benito Nuevo
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / La Majada
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Monte Oscuro
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Madrigales
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Los Llanitos
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Terrero
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria
- ☐ Choluteca / Duyure / Duyure
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos de Colon
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ Duyusupo
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ La Primavera
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ La Trementina
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Francisco
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ Las Cañas
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ An Jose De Caire
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ El Trapiche
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos De Colon
- ☐ Comayagua / San José de Comayagua/ Bo. Abajo
- ☐ Comayagua/ San José de Comayagua/ Bo. El Centro
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Jardines
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias
- ☐ Copán / Cabañas / Cabañas
- ☐ Copán / Cabañas / Rio Negro
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Copán Ruinas
- ☐ Copán / Copán Ruinas / El Cisne
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Nueva Armenia
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Las Flores
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Rincon Del Buey
- ☐ Copán / Copán Ruinas / San Miguel Virginia
- ☐ Copán / La Jigua / Concepcion Barranca
- ☐ Copán / La Jigua / Aldea Nueva
- ☐ Copán / La Jigua / La Jigua
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Chalmeca
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / La Entrada
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Los Tangos
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Nueva Arcadia
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Barrio De La Entrada Copan
- ☐ Copán / San Antonio / San Antonio
- ☐ Copán / San Antonio / San Joaquin
- ☐ Copán / San Jeronimo / San Jeronimo
- ☐ Copán / San Jeronimo / La Esperanza
- ☐ Copán / San Nicolas / San Nicolas
- ☐ Copán / San Nicolas / El Modelo
- ☐ Copán / Santa Rita / Santa Rita

- ☐ Copán / Santa Rita / El Zapote
- ☐ Copán / Santa Rita / Rio Amarillo
- ☐ Copán / Santa Rita / Otuta
- ☐ Copán / Santa Rita / Mirasol
- ☐ Copán / Santa Rita / Hospital Regional
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / El Llano
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Peña Blanca
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Las Flores
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Santa Cruz De Yojoa
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Yojoa
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / San Isidro
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Los Caminos
- ☐ Intibucá / Concepción / Concepción
- ☐ Intibucá / Concepción / Guanijiquil
- ☐ Intibucá / Concepción / Jiquinlaca
- ☐ Intibucá / Magdalena / Magdalena
- ☐ Intibucá / San Antonio / San Antonio
- ☐ Intibucá / San Antonio / Santa Teresa
- ☐ Intibucá / San Antonio / San José
- ☐ Intibucá / San Miguelito / San Miguelito, Intibucá
- ☐ Intibucá / San Miguelito / Chupucay
- ☐ Intibucá / Santa Lucía / Santa Lucía
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Aguanqueterique
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Barrancaray
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Llanos De Candelaria
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Santiago de Puringla
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Hornitos
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Cedritos
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Ocotal
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / San Antonio De Santiago
- ☐ Lempira/ Candelaria / Bo. San Francisco
- ☐ Lempira / Candelaria / San Lorenzo Centro
- ☐ Lempira / Candelaria / San Francisco Centro
- ☐ Lempira / Candelaria / Bo. San Francisco
- ☐ Lempira / Cololaca / Cololaca Centro
- ☐ Lempira / Cololaca / Malsincales Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Gualcinse Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Tixila Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Santo Tomas Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Plan Grande Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Bo. Calvario
- ☐ Lempira / Guarita / San Antonio Mapulaca Centro
- ☐ Lempira / Guarita / Piraera Centro
- ☐ Lempira / Guarita / San Sebastian Centro
- ☐ Lempira / Guarita / San Felipe Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / San Simon Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Sunsunlaca Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Santiago Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / San Francisco Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Cruz Concordia Centro
- ☐ Lempira / La Virtud / Bo. La Libertad
- ☐ Lempira / La Virtud / Corante Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Guanajulque Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / San Jose Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Bo. 24 De Octubre
- ☐ Lempira / Lepaera / Bo. El Calvario
- ☐ Lempira / Lepaera / Chorrera Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Santa Cruz Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / San Ramon Centro
- ☐ Lempira / Mapulaca / Gualcinse Centro
- ☐ Lempira / Mapulaca / Talgua Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Tenango Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Bo. Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Chinquin Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Terlaca Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Olosingo Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / La Campa Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Mescalio Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / La Iguala Centro
- ☐ Lempira / San Juan Guarita / Lagunas De La Iguala Centro
- ☐ Lempira / San Juan Guarita / Taragual Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / San Bartolo Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro

- ☐ Lempira / San Marcos de Caiquin / Las Flores Centro
- ☐ Lempira / San Marcos de Caiquin / Mercedes Centro
- ☐ Lempira / San Sebastián / El Carmen Centro
- ☐ Lempira / San Sebastián / Jagua Centro
- ☐ Lempira / Tambla / Tambla Centro
- ☐ Lempira / Tomalá / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / Tomalá / San Critobal Centro
- ☐ Lempira / Valladolid / Valladolid Centro
- ☐ Lempira / Virginia / Virginia Centro
- ☐ Lempira / Virginia / Agua Zarca Centro
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Dulce Nombre De Culmi

- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Colonia
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pisijire
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pueblo Viejo
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / El Cerro
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Paulaya
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Las Marias
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Mata De Maiz
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Llorona
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Subirana
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Wasparani
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Campana
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Yorito
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / San Jose Del Guano
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Buenos Aires
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Nueva Esperanza
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Rio Chiquito
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos /San Francisco De Los Valles
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / Potrerillos
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / Sitio Viejo
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos
- ☐ Valle / Langue / Langue
- ☐ Valle / Langue / Concepcion De Maria
- ☐ Valle / Langue / El Carrizal
- ☐ Valle / Langue / Llanito Verde
- ☐ Valle / Langue / El Naranjo
- ☐ Valle / Langue / Las Marias De Langue
- ☐ Valle / Langue / Las Olivas
- ☐ Valle / Langue / San Marcos
- ☐ Valle / Langue / San Francisco
- ☐ Valle / Langue / Los Llanos
- ☐ Valle / Langue / El Picacho
- ☐ Valle / Langue / Potrerillos
- ☐ Valle / Langue / Agua Zarca
- ☐ Valle / Langue / El Papalon
- ☐ No sabe

2. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

3. Identificación 1 del entrevistador

4. Identificación 2 del entrevistador

5. Tipo de unidad médica

- ☐ CESAR
- ☐ CESAMO
- ☐ CMI
- ☐ Hospital

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Complicaciones maternas

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

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

7. Edad:

-1 = no registrada

8. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
☐ Analfabeta
☐ No registrado

9. Educación

- ☐ Ninguna
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Preparatoria
☐ Universidad
☐ No registrado

10. Estado civil

- ☐ Casada(o)
☐ Unión libre
☐ Soltera(o)
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

11. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

13. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
☐ No registrado

14. 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

15.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

16.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Verificar sangrado genital	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Flujo o loquios de mal olor	<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

17.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	x10 ³ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<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

18.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Si
☐ No

20. 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

21. Razón por la que fue referida:

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

22. Fecha de egreso/referencia

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

23. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

24. Fecha de defunción

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

25. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

26.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27. 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

28. 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

29.	Administrado (si/no)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (espec	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(especificar)

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

- ☐ Si
☐ No

31. 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

32. Razón por la que fue referida:

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

33. Fecha de egreso/referencia

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

34. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

35. Fecha de defunción

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

36. 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

37.	Registrado (si/no)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<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

38.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato Ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (espec		<input type="text"/>		

(especificar) ☐

Otro medicamento ☐

(especificar) ☐

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

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

46.	Registrado (si/no)	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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<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

47.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> $\times 10^3/L$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (espec				

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

48. 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

49. 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

50.	Administrado (si/no)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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

53. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Otro
☐ No registrado

54. Fecha de egreso/referencia

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

55. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

C

56. Fecha de defunción

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

57. 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

58.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<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

59.	Registrado (si/no)	Negativo	Numero de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<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

60.	Administrado (si/no)	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"/>
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Si
- ☐ No

62. 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

63. Razón por la que fue referida:

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

64. Fecha de egreso/referencia

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

65. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

66. Fecha de defunción

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

67. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

68.	Registrado (si/no)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<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

69.	Registrado (si/no)	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

70.	Registrado (si/no)	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-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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (espec	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(especificar)

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

71.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<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

72.	Administrado (si/no)	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"/>
Dexametasone	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Si
☐ No

74. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

75. 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

76. Razón por la que fue referida:

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

77. Fecha de egreso/referencia

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

78. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

79. Fecha de defunción

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

80. 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

81.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<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

82.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<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

83.	Administrado (si/no)	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"/>
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Si
- ☐ No

85. 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

86. Razón por la que fue referida:

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

87. Fecha de egreso/referencia

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

88. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

89. Fecha de defunción

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

90. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

91.	Registrado (si/no)	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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<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

92.	Registrado (si/no)	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

93.	Registrado (si/no)	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-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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<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

94.

	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<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

95.	Administrado (si/no)	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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Si
☐ No

97. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

98. 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

99. Razón por la que fue referida:

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

100. Fecha de egreso/referencia

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

101. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

102. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

103. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

104. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

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