

WEBINARS

COVID-19

**Sistema Informático Perinatal
Módulo COVID-19**

Mayo 2020

PAHO



**Pan American
Health
Organization**



**World Health
Organization**
REGIONAL OFFICE FOR THE
Americas

BE AWARE. PREPARE. ACT.

www.paho.org/coronavirus

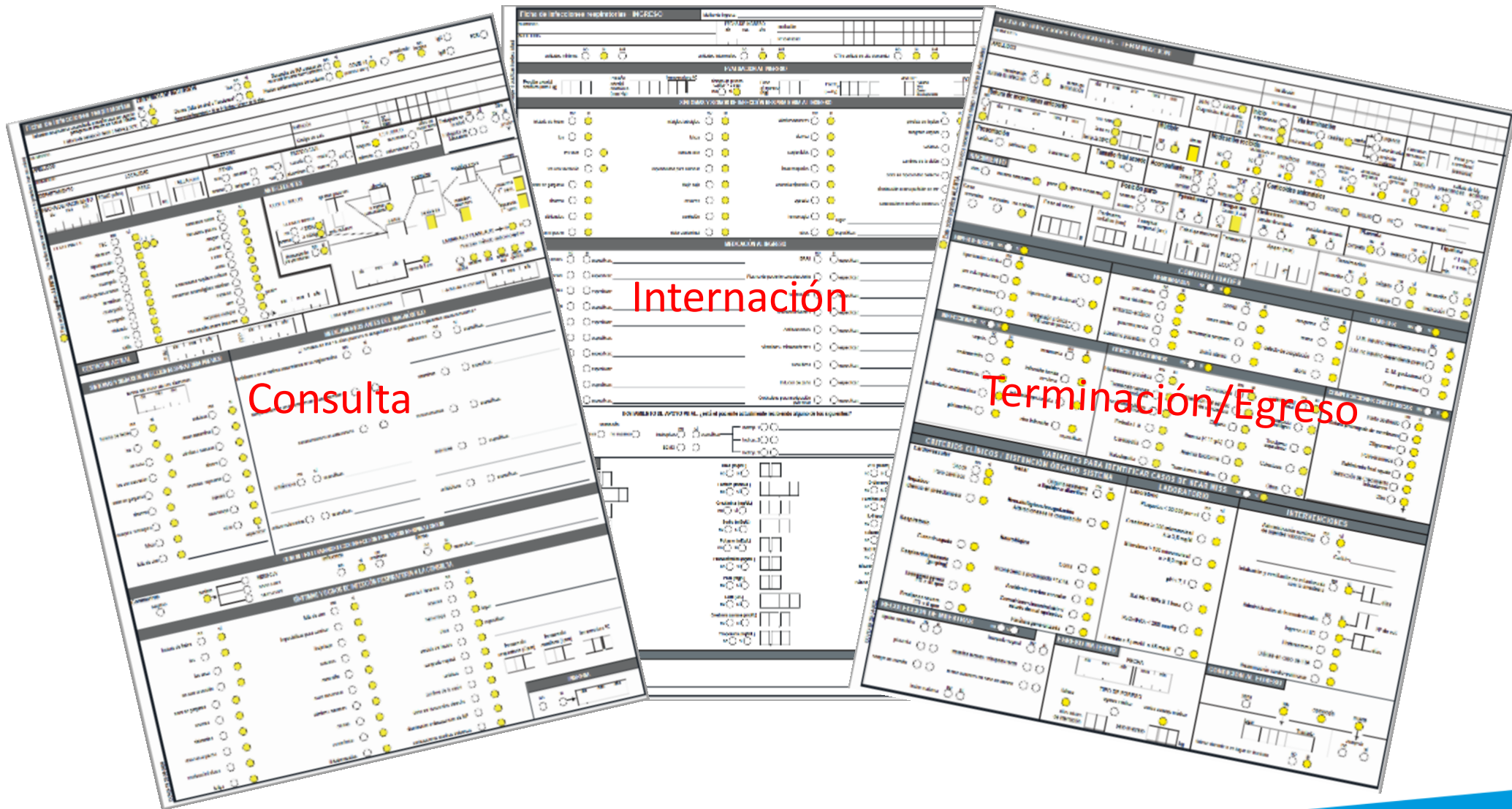
Lógica de la presentación

- Módulo complementario IR/COVID-19
- Orientado al cuidado clínico
- Estandarizado (hoja de ruta)
- Armonizado
- Específico/Expandible
- Análisis de datos

The image shows a detailed medical form for COVID-19, titled 'FORMA ESTACIONAL DE ATENCIÓN'. The form is organized into several sections:

- ENCABECIMIENTO:** Includes fields for patient identification, date, and location.
- HISTORIA CLÍNICA:** Contains a flowchart and text fields for recording symptoms and clinical history.
- EXAMEN FÍSICO:** Lists various physical examination findings with checkboxes for presence or absence.
- EXAMEN DE LABORATORIO:** Includes fields for recording laboratory test results.
- TRATAMIENTO:** Contains fields for recording the patient's treatment plan.
- EVOLUCIÓN:** Includes fields for recording the patient's progress and outcome.

Registro Materno-perinatal



Consulta

Internación

Terminación/Egreso

Registro Neonatal

HOJA DE INFORMACIONES INICIALES (CONTIENE 10 PÁGINAS)

Información general sobre el niño y la familia, datos de contacto, y antecedentes de salud.

ANAMNESIS

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN DE LABORATORIO

EXAMEN DE IMAGEN

TERMINACIÓN

ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EXAMENES DE LA ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ

AYUDA TÉCNICA DURANTE LA LACTANCIA

Registro Neonatal - COVID-19

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES DE IMAGEN

ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ

EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES DE IMAGEN

SITUACIÓN DEL BEBÉ DURANTE EL CURSO DE LA LACTANCIA

AYUDA TÉCNICA DURANTE LA LACTANCIA

ENFERMEDAD RESPIRATORIA ACTUAL

Ficha de infecciones respiratorias		CRITERIOS DE INCLUSIÓN		no		si		no		si		COVID-19 (SARS-CoV2)		IgG		IgM		PCR	
Infección respiratoria sospechada o confirmada por agente patógeno de interés de Salud Pública		no	si	Tos	no	si	Sospecha de IRA a pesar de no reunir los anteriores criterios	no	si	COVID-19 (+)	-	pendiente	no hecho						
Historia de sensación febril o fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disnea (falta de aire) o Taquipnea*	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Noción epidemiológica de contacto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Frecuencia Respiratoria > 30 de 5-12 años; > 20 en > de 13 años.

ETNIA	ESTADO CIVIL	ESTUDIOS	años en mayor nivel	Trabajador de la salud	Trabajador de laboratorio	Otro
afro <input type="radio"/> amarilla <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>	casada <input type="radio"/> viuda <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>	ninguno <input checked="" type="radio"/> secundaria <input type="radio"/>	<input type="text"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>
blanca <input type="radio"/> indigena <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>	divorciada <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/>	primaria <input type="radio"/> universitarios <input type="radio"/>				¿Cuál? <input type="text"/>

OTROS TEST DIAGNÓSTICOS INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS	
Coronavirus negativo <input type="radio"/> positivo <input checked="" type="radio"/>	MERS-CoV <input type="radio"/> SARS-CoV1 <input type="radio"/> SARS-CoV2 <input type="radio"/>
Influenza no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no realizado <input type="radio"/>	Otros no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> especificar: _____

ENFERMEDAD RESPIRATORIA ACTUAL

- Síntomas y signos y medicamentos (en los últimos 14 días)

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA PREVIOS		MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO	
<p>fecha del inicio de los síntomas</p> <p>____ día ____ mes ____ año</p>		<p>¿Tomaba en los 14 días previos al diagnóstico alguno de los siguientes medicamentos?</p>	
<p>historia de fiebre <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>tos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>tos seca <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>tos con secreción <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>dolor de garganta <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>rinorrea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>mialgias / artralgias <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>fatiga <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>falta de aire <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p>	<p>cefaleas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>dolor abdominal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>vómitos / náuseas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>diarrea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>anosmia / hiposmia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>ageusia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>hemorragia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>otras <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí</p> <p>↓ especificar _____</p>	<p>inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>antiflámmicos no esteroideos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>antilámicos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>anticonvulsivantes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>especificar: _____</p>	<p>antinausea <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>especificar: _____</p> <p>vitaminas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>especificar: _____</p> <p>micronutrientes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>especificar: _____</p> <p>antivirales <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>especificar: _____</p> <p>antibióticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí</p> <p>especificar: _____</p>

ENFERMEDAD RESPIRATORIA ACTUAL

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA A LA CONSULTA											
historia de fiebre	no	si	falta de aire	no	si	anemia / hipoxemia	no	si			
tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	imposibilidad para caminar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	aguezia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
tos seca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	tiraje bajo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	lugar: _____		
tos con secreción	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cefaleas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	otras	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	especificar: _____		
dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	confusión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	pérdida de líquido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	_____		
rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	sangrado vaginal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	frecuencia respiratoria (fpm)	frecuencia cardiaca (fpm)	temperatura °C
sibilancias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	vómitos / náuseas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cefaleas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cambios de la visión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
mialgias/artralgias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	conjuntivitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	dolor en hipocondrio derecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
fatiga	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infadenopatías	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	disminución o desaparición de MF	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
						contracciones uterinas dolorosas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

INGRESA			
no	si		
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	dis	mes año
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Síntomas y signos a la consulta y parámetros clínicos

INGRESO

Ficha de infecciones respiratorias - INGRESO				Motivo de ingreso: _____														
NOMBRES				FECHA DE INGRESO			Institución											
APELLIDOS				dia	mes	año	N° identidad											
cuidados mínimos				cuidados intermedios			CTI o unidad de alta demanda											
no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/>			no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/>											
EVALUACIÓN AL INGRESO																		
Presión arterial sistólica (mm Hg)	Presión arterial diastólica (mm Hg)	Temperatura °C	tiempo de relleno capilar > 2 seg.	Peso al ingreso (Kg)	PaCO ₂ (mmHg)	AVDN *	FCF											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
						* Alergia Voz Dolor No respuesta												

- Nivel de cuidados requeridos y evaluación al ingreso

INGRESO

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AL INGRESO											
historia de fiebre	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	mialgias/artralgias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	vómitos/nauseas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	pérdida de líquido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	fatiga	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	sangrado vaginal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
tos seca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	falta de aire	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	conjuntivitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cefaleas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
tos con secreción	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	imposibilidad para caminar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	linfadenopatias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cambios de la visión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	tiraje bajo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	anosmia/hiposmia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	dolor en hipocondrio derecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cefaleas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ageusia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	disminución o desaparición de MF	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
sibilancias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	confusión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	contracciones uterinas dolorosas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	otras	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	lugar: _____		
							especificar: _____				

INGRESO

MEDICACIÓN AL INGRESO							
fluidos orales	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	especificar: _____	BRALL	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	especificar: _____	
fluidos intravenosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Plasma de paciente convalescente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
antivirales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Ivermectina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
interferón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Anticonvulsivantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
antibióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Antinauseosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
antifúngicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Vitaminas / micronutrientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
antimaláricos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Tocolíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
agentes experimentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Inductor de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
antitérmico / antitermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____	Corticoides para maduración pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____
IECA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	especificar: _____				

TRATAMIENTO DE APOYO VITAL. ¿está el paciente actualmente recibiendo alguno de los siguientes?

oxígeno	ventilación	Inotropicos	Inotrop. 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ Inotrop. 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ Inotrop. 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> L/min	invasiva <input type="radio"/> no invasiva <input type="radio"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI	
		especificar _____ ECMO <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

INGRESO

EXÁMENES DE LABORATORIO

Hemoglobina (g/L)
no sí

Glóbulos blancos (10⁹/L)
no sí

Hematocrito (%)
no sí

Plaquetas (10⁹/L)
no sí

Tiempo de Trombina (seg)
no sí

Tiempo Protrombina (seg)
no sí

APTT/KPTT (seg)
no sí

Fibrinógeno (mg/dL)
no sí

INR
no sí

TGO/AST (u/L)
no sí

TGP/AST (u/L)
no sí

Urea (mg/dL)
no sí

Lactato (mmol/L)
no sí

Creatinina (mg/dL)
no sí

Sodio (mEq/L)
no sí

Potasio (mEq/L)
no sí

Procalcitonina (ng/mL)
no sí

PCR (mg/L)
no sí

LDH (U/L)
no sí

Creatinina quinasa (µmol/L)
no sí

Troponina (ng/mL)
no sí

VES (mm/h)
no sí

D-dímeros
no sí

Ferritina (ng/mL)
no sí

IL-6 (pg/mL)
no sí

Glicemia (g/L)
no sí

Sat Hb (VEA) %
no sí

Bicarbonato (mEq/L)
no sí

Déficit de base (mmol/L)
no sí

pH
no sí

PaO₂ / FIO₂
no sí

PaCO₂ (mmHg)
no sí

EXÁMENES RADIOLÓGICOS

Rx de tórax / TC no sí

Patológica especificar: _____

TERMINACIÓN / EGRESO

Ficha de infecciones respiratorias - TERMINACIÓN																
NOMBRES					Institución											
APELLIDOS					N° identidad											
terminación durante la infección <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		fecha de terminación		parto <input type="radio"/> aborto <input checked="" type="radio"/>	Diagnóstico final aborto (ICE 10)		Inicio espontáneo <input type="radio"/> inducido <input checked="" type="radio"/> cas. elect. <input checked="" type="radio"/>		Via terminación							
dia mes año		hora min		[] [] [] [] [] []		espontáneo <input type="radio"/> cesárea <input checked="" type="radio"/>		razón		Edad gest. a terminaci. (semanas)						
urgencia <input type="radio"/>		coordinada <input type="radio"/>		decisión materna <input type="radio"/>		Consultas prenatales (total)		[] []		[] []						
Rotura de membranas anteparto			Múltiple		Medicación recibida											
no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>			no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		ocitócicos en TDP <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>											
dia mes año			orden		antibióticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		analgésia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		anestesia local <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>							
hora min			[] []		anestesia regional <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		anestesia general <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		transfusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>							
temp. ≥ 38°C <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>			[] []		sulfato de Mg preeclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		eclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		[] []							
Presentación		Tamaño fetal acorde		Acompañante		Corticoides antenatales										
cefálica <input type="radio"/> pelviana <input checked="" type="radio"/> transversa <input checked="" type="radio"/>		no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		pareja <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		completo <input type="radio"/> inkompl. <input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>										
[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		otro <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		semana de inicio [] []										
familiar <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		ninguno <input checked="" type="radio"/>		[] []		[] []										
NACIMIENTO			Posición parto		Episiotomía		Desgarros		Ocitocicos		Placenta		Ligadura			
vivo <input type="radio"/> muerto anteparto <input checked="" type="radio"/> parto <input checked="" type="radio"/> ignora momento <input checked="" type="radio"/>			sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Grado (1 a 4) [] []		prealumbramiento <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postalumbramiento <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	
[] [] [] [] [] [] g			cucillas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		[] [] [] []		[] [] [] []		completa <input checked="" type="radio"/>		retenida <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		[] [] min.		[] [] min.	
Sexo		Peso al nacer		Perímetro cefálico (cm)		Longitud corporal (cm)		Edad gestacional		Estimación		Apgar (min)		Reanimación		
femenino <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> no definido <input checked="" type="radio"/>		[] [] [] [] [] [] g		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		sem. dias		FUM <input type="radio"/> ECO <input type="radio"/>		1 ^{er} [] [] 5 ^{to} [] []		estimulación <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		oxígeno <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		intubación <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		máscara <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		masaje <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		medicación <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		[] [] [] [] [] []		

TERMINACIÓN / EGRESO

COMORBILIDADES																	
HIPERTENSIÓN				HEMORRAGIA				DIABETES									
no		si		no		si		no		si							
hipertensión crónica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HELLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	post aborto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DPPNI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	desgarros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	D.M. insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
pre eclampsia leve	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	mola hidatiforme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	rotura uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	restos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	D.M. no insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
pre eclampsia severa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	hipertensión crónica + PE sobreimpuesta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	hemorragia postparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	defecto de coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	D.M. gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	atonía uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	aborto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parto pretérmino	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
acretismo placentario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
INFECCIONES				OTROS TRASTORNOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS									
no		si		no		si		no		si		no		si			
sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	neumonía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemesis gravídica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Convulsiones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Enfermedad renal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parto obstruido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infección herida cesárea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración del estado de conciencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neoplasia maligna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rotura prolongada de membrana	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
corioamnionitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infección episiorrafia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tromboembolismo pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oliguria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Trastorno siquiátrico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oligoamnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
bacteriuria asintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	otra infección	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Embolia L.A.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Anemia (< 11 g/L)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Colestasis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
pielonefritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	especificar:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Anemia falciforme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sufrimiento fetal agudo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
						Valvulopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Trastornos tiroideos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Restricción de Crecimiento Intrauterino	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
													<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

TERMINACIÓN / EGRESO

VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS							
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA		LABORATORIO		INTERVENCIONES			
Cardiovascular Shock <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Paro cardíaco <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Renal Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Laboratorio Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si ↓ Cuál/es _____	
Hepático Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Hematológicos/coagulación Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si ↓ _____ días	
Respiratorio Cianosis aguda <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Neurológico Coma <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Bilirubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Administración de hemoderivados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si ↓ _____ N° de vol.	
Respiración jadeante (gasping) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Inconsciencia prolongada >12 hs. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		pH < 7,1 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Ingreso a UCI <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si ↓ _____ días	
Taquipnea severa FR > 40 rpm <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Accidente cerebro vascular <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Histerectomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
Bradipnea severa FR < 6 rpm <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Lactato > 5 µmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
Parálisis generalizada <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si						Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	
RECOLECCIÓN DE MUESTRAS		EGRESO MATERNO		CONDICIÓN AL EGRESO			
líquido amniótico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si hisopado vaginal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		fecha día mes año hora min		sana <input type="radio"/> NA <input checked="" type="radio"/> c/patología <input checked="" type="radio"/> muerte <input checked="" type="radio"/>			
placenta <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si materias fecales / hisopado rectal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		TIPO DE EGRESO fallece <input checked="" type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> contra consejo médico <input checked="" type="radio"/>		lugar <input type="radio"/> Traslado <input type="radio"/> Autopsia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			
sangre de cordón <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si restos ovulares en caso de aborto <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		días totales de internación <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>			
leche materna <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si		peso al egreso <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> kg					

Registro Neonatal

CONDICIONES AL NACIMIENTO

(Pertencientes al componente perinatal)

NACIMIENTO			Posición parto		Episiotomía		Desgarros Grado (1 a 4)		Ocitocicos				Placenta				Ligadura											
vivo <input type="radio"/>	muerto anteparto <input checked="" type="radio"/>	parto <input checked="" type="radio"/>	ignora momento <input checked="" type="radio"/>	sentada <input type="radio"/>	acostada <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	prealumbramiento	postalumbramiento	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	completa <input checked="" type="radio"/>	retenida <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/> min.	< 1 min. <input checked="" type="radio"/>	> 1 min. <input type="radio"/>						
Sexo			Peso al nacer		Perímetro cefálico (cm)		Longitud corporal (cm)		Edad gestacional		Estimación		Apgar (min)		Reanimación													
femenino <input type="radio"/>	masculino <input type="radio"/>	no definido <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		sem.	días	FUM <input type="radio"/>	ECO <input type="radio"/>	1 ^{er} <input type="text"/> <input type="text"/>	5 ^{to} <input type="text"/> <input type="text"/>	estimulación	oxígeno	intubación	máscara <input type="radio"/>	masaje <input type="radio"/>	medicación <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>

Condiciones del alojamiento madre /RN

ALOJAMIENTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

¿Se separaron la madre y el bebé inmediatamente al nacer en forma preventiva?

no

si

desconocido

¿Estaba aislado de otros pacientes el bebé durante su estancia en esta institución?

sí, con la madre

sí, precauciones de gotas

sí, precauciones en el aire

sí, otro

especifique: _____

no

desconocido

Ubicación(es) del bebé durante la hospitalización (marque todo lo que corresponda)

cuidados intensivos neonatales

no

fecha de ingreso		
día	mes	año

días de estancia

--	--

unidad de cuidados especiales

no

fecha de ingreso		
día	mes	año

--	--

duración de separación física de la madre y el bebé (si corresponde)

--	--

sala de aislamiento individual

no

fecha de ingreso		
día	mes	año

días de estancia

--	--

sala de aislamiento con presión negativa

no

fecha de ingreso		
día	mes	año

--	--

internación conjunta con la madre

no

fecha de ingreso		
día	mes	año

días de estancia

--	--

otro

no

fecha de ingreso		
día	mes	año

--	--

- Situación clínica del RN
- Apoyo ventilatorio

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN CON COVID

Presencia de Síntomas y signos neonatales durante la hospitalización y fecha de comienzo (todos los que correspondan)

ninguno	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si →	fecha de inicio día mes año	dificultad respiratoria	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	fecha de inicio día mes año	apnea	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	fecha de inicio día mes año	otros	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	fecha de toma de muestra día mes año
fiebre	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día mes año	tos	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día mes año	vómitos/diarrea	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día mes año			

Apoyo ventilatorio durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)

oxígeno suplementario	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día hora de inicio	CPAP	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día hora de inicio	cánula nasal	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día hora de inicio	ventilación mecánica	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si →	día hora de inicio
-----------------------	--	----------------------	------	--	----------------------	--------------	--	----------------------	----------------------	--	----------------------

- Comorbilidades
- Tratamientos

Otros diagnósticos durante la hospitalización (marque todos los que corresponda)			Tratamientos administrados (marque todos los que corresponda)		
	no	si		no	si
hipotensión (requiere inotrópicos)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
hipoglucemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
sepsis bacteriana confirmada por cultivo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	precoz <input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
			tardía (>72 hs.) <input type="radio"/>		
encefalopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
organismo aislado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
	especificar: _____			especificar: _____	

– Alimentación del Recién nacido

ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO					
<p>Alimentación durante la hospitalización (consignar la principal a lo largo de la hospitalización)</p> <p>lactancia materna no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/></p> <p>leche materna extraída, por el cuidador / enfermera <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>leche materna de banco, pasteurizada <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>no se da leche materna <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/></p> <p>otro <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> especificar: _____ _____</p>	<p>¿Se analizó la leche materna de la madre para detectar el SARS-CoV-2?</p> <p>no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/></p> <table border="1"><thead><tr><th>día</th><th>hora de inicio</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <p>positivo <input checked="" type="radio"/></p> <p>negativo <input type="radio"/></p> <p>no disponible <input type="radio"/></p>	día	hora de inicio		
día	hora de inicio				

Exámenes de Laboratorio

EXAMENES DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO																														
Pruebas perinatales de SARS-CoV-2 realizadas no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Verifique las muestras que se analizaron y los resultados si son positivos																													
	liquido amniótico <table border="1"> <tr> <th colspan="3">fecha de prueba</th> </tr> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	fecha de prueba			día	mes	año				muestra placentaria <table border="1"> <tr> <th colspan="3">fecha de prueba</th> </tr> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	fecha de prueba			día	mes	año				muestra de sangre del cordón umbilical <table border="1"> <tr> <th colspan="3">fecha de prueba</th> </tr> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	fecha de prueba			día	mes	año			
fecha de prueba																														
día	mes	año																												
fecha de prueba																														
día	mes	año																												
fecha de prueba																														
día	mes	año																												
resultado _____	resultado _____	resultado _____																												
Hemoglobina (g/L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Urea (mg/dL) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			VES (mm/h) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																							
Glóbulos blancos (10 ⁹ /L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							Lactato (mmol/L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					D-dímeros no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																		
Hematocrito (%) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Creatinina (mg/dL) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Ferritina (ng/mL) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																						
Plaquetas (10 ⁹ /L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									Sodio (mEq/L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				IL-6 (pg/mL) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																	
Tiempo de Trombina (seg) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Potasio (mEq/L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Glicemia (g/L) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																							

Exámenes de laboratorio/Radiología

Exámenes para SARS CoV-2

EXAMENES DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO											
Pruebas perinatales de SARS-CoV-2 realizadas		Verifique las muestras que se analizaron y los resultados si son positivos									
no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		líquido amniótico			muestra placentaria			muestra de sangre del cordón umbilical			
		fecha de prueba día mes año			fecha de prueba día mes año			fecha de prueba día mes año			
		resultado _____			resultado _____			resultado _____			
Hemoglobina (g/L)		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			Urea (mg/dL)			no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
Glóbulos blancos (10 ⁹ /L)		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			Lactato (mmol/L)			no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
Hematocrito (%)		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			Creatinina (mg/dL)			no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
Plaquetas (10 ⁹ /L)		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			Sodio (mEq/L)			no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
Tiempo de Trombina (seg)		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			Potasio (mEq/L)			no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
								VES (mm/h)			
								no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
								D-dímeros			
								no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
								Ferritina (ng/mL)			
								no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
								IL-6 (pg/mL)			
								no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
								Glicemia (g/L)			
								no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>			
EXAMENES DE IMÁGENES EN EL RECIÉN NACIDO											
Radiología		fecha			Imagen compatible		fecha			Imagen compatible	
RX <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		día mes año			<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Describir		día mes año			<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Describir	

- Lugar y condición al egreso
- Alimentación

- Inmunizaciones
- Cuidados Posnatales
- Consejería y signos de alarma

SITUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DEL EGRESO DE LA INSTITUCIÓN																																												
Egreso al hogar, continuar el aislamiento <input type="radio"/> al hogar, sin aislamiento <input type="radio"/> traslado a otra instalación <input checked="" type="radio"/> fallecido <input checked="" type="radio"/> causa de muerte <input type="radio"/> especificar: _____ _____	Condición al momento del egreso sano <input type="radio"/> egreso con complicaciones/secuelas <input checked="" type="radio"/> cuáles: _____ referencia a especialista para seguimiento <input type="radio"/> traslado a otra institución <input checked="" type="radio"/> cuál: _____ desconocido <input checked="" type="radio"/> _____	Alimentación al momento del egreso lactancia exclusiva <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> artificial <input checked="" type="radio"/> Fecha de egreso <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día	mes	año				Inmunizaciones y referencia <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Administrada</th> <th colspan="2">no</th> <th colspan="2">si</th> <th rowspan="2">Referido</th> <th rowspan="2">servicio / profesional</th> </tr> <tr> <th>no</th> <th>si</th> <th>si</th> <th>no</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>vacuna BCG</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>vacuna Hepatitis B</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>control postnatal</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Se brindaron orientaciones y signos de alarma <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">no <input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;">si <input type="radio"/></td> <td>contacto de la madre o cuidador/a</td> </tr> </table> _____	Administrada	no		si		Referido	servicio / profesional	no	si	si	no	vacuna BCG	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		vacuna Hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		control postnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>	contacto de la madre o cuidador/a
día	mes	año																																										
Administrada	no		si		Referido	servicio / profesional																																						
	no	si	si	no																																								
vacuna BCG	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																							
vacuna Hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																							
control postnatal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																							
no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>	contacto de la madre o cuidador/a																																										

Contenido

- 1.Descripción de una variable
- 2.Uso de filtros
- 3.Cruce de variables
- 4.Distribución de una variable
- 5.Reportes preestablecidos

+ Nuevo Formulario

Identificación:

Nombre/Apellido:

Filtros:



Buscar

Admininistrator - 1000

EN

- Español
- English
- Portugues
- Français
- Nederlands



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

+ Nuevo Formulario

Identificación:

Nombre/Apellido:

Filtros:



Q Buscar

Analizar Datos

Reportes

Historial de Usuario

Base de Datos

Imprimir

Cerrar sesión



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Embarazo No Intencional en adolescentes .

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS

NOMBRE: [] APELLIDO: []

FECHA DE NACIMIENTO: día 12 mes 02 año 96

DOMICILIO: []

LOCALIDAD: [] TELEF: []

EDAD (años): 17

ETNIA: ALFA [] BETA []

ESTUDIOS: alfabetizado [] primaria [] secundaria [] universitaria []

ESTADO CIVIL: casado [] unión estable [] soltero [] en unión libre [] viudo [] viuda []

10094

10036

46488494

ANTECEDENTES

FAMILIARES: no si []

PERSONALES: no si []

diabetes [] hipertensión [] preeclampsia [] eclampsia [] otra cond. médica grave []

genitourinaria [] infertilidad [] cardiopat. [] nefropatía [] violencia [] VIH+ []

OBSTETRICOS

gestas previas [] abortos [] abortos consecutivos [] partos [] cesáreas [] nacidos vivos [] nacidos muertos []

ULTIMO PREVIO: n/c [] < 2500g [] normal [] ≥ 4000g []

Emb. ectópico [] Antecedente de gemelares []

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día 21 mes 03 año 12 semanas de 1 año []

EMBARAZO PLANEADO: no [] si []

FRACASO METODO ANTICONCEPCION: [] barrera [] DIU [] hormonal [] natural [] usaba [] después 1º sem. []

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS

NOMBRE: [] APELLIDO: []

DOMICILIO: []

LOCALIDAD: [] TELEF.: []

FECHA DE NACIMIENTO: día 12 mes 02 año 96

EDAD (años): 17 < de 15 > de 35

ETNIA: blanca indigena mestiza negra otra

ALFA BETA: si no

ESTUDIOS: ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel: 2

ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro vive sola

Lugar control prenatal: 10094

Lugar del parto: 10036

N° Identidad: 46488494

ANTECEDENTES

FAMILIARES no si

- TBC
- diabetes
- hipertensión
- preeclampsia
- eclampsia
- otra cond. médica grave

PERSONALES no si

- cirugía genito-urinaria
- infertilidad
- cardiopat.
- nefropatía
- violencia
- VIH+

OBSTETRICOS

gestas previas: 1

aborts: 0

vaginales: 1

nacidos vivos: 1

viven: 1

ULTIMO PREVIO: n/c < 2500g normal ≥ 4000g

emb. ectópico: 0

3 espont. consecutivos:

partos: 1

cesáreas: 0

nacidos muertos: 0

muerdos 1ª sem.: 0

después 1ª sem.: 0

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día 21 mes 03 año 12 menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO: no si

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba barrera DIU hormo nal emer gencia natural

FIN EMBARAZO ANTERIOR

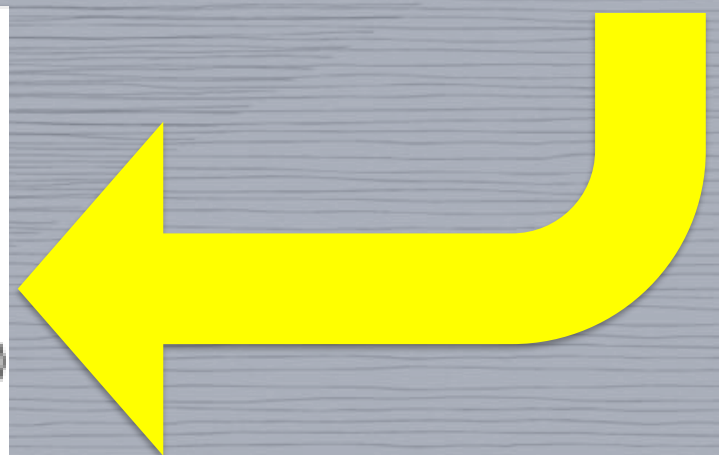
día mes año

21 03 12 menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO no si

FRACASO METODO ANTICONCEP.

no usaba barrera DIU hormo nal emer gencia natural



[← Volver a Búsqueda](#)

Variable: Embarazo planeado

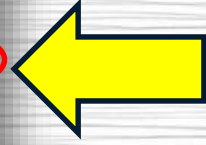
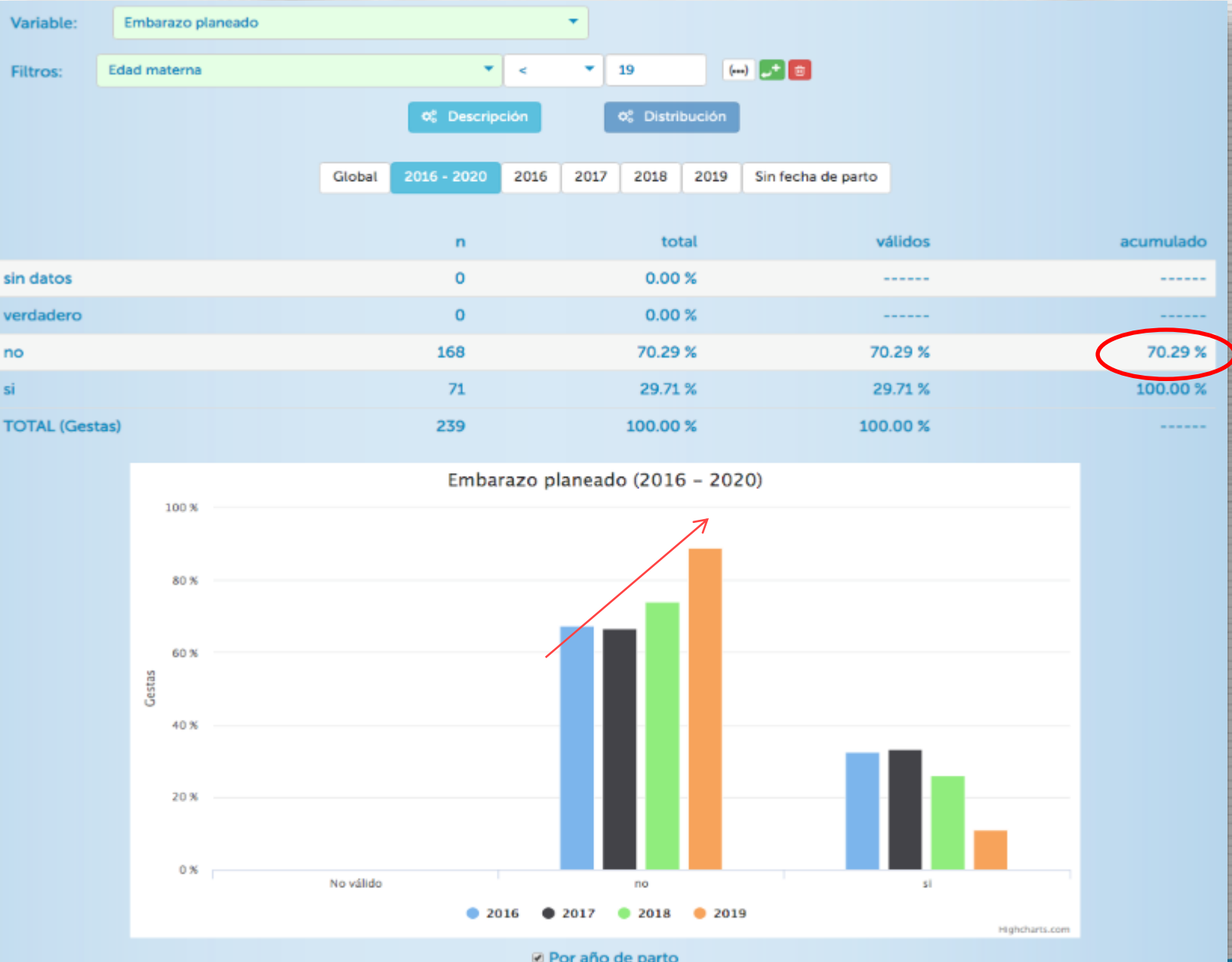
Filtros: Edad materna ≤ 19 (...) + 🗑️

⚙️ Descripción

⚙️ Distribución

Global 2016 - 2020 2018 2019 2020 Sin fecha de parto

	n	total	válidos	acumulado
sin datos	7	36.84 %	-----	-----
verdadero	0	0.00 %	-----	-----
no	7	36.84 %	58.33 %	58.33 %
si	5	26.32 %	41.67 %	100.00 %
TOTAL (Gestas)	19	100.00 %	100.00 %	-----



Distribucion de una variable

- Edad Materna
- Hemoglobina Materna

CURRENT PREGNANCY		EDD DLM			GA BASED on		ACT SMO		PAS SMO		DRUGS		ALCOHOL		VIOLENCE	
PREVIOUS WEIGHT	HEIGHT (cm)	day	month	year	DLM	Us <20 w.	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes
	1															
NORMAL EX.	CERVIX	GROUP			Rh	Inmun	TOXOPLASMOSIS		Hb <20 wk		Prescription		Hb ≥20 wk			
DENTAL	Visual insp	normal	abnormal	not done	-	no	<20 week IgG	-	+	not done	g	no	yes	g		
BREAST	PAP	no	yes	n/a	+	yes	≥20 week IgG				g	yes	no	<11.0 g/dl		
	COLP	no	yes	n/a		n/a	1 visit IgM				<11.0 g/dl	yes	no	<11.0 g/dl		

[← Volver a Búsqueda](#)

Variable: Edad materna

Filtros: Fecha de nacimiento > 01/01/13

Descripción

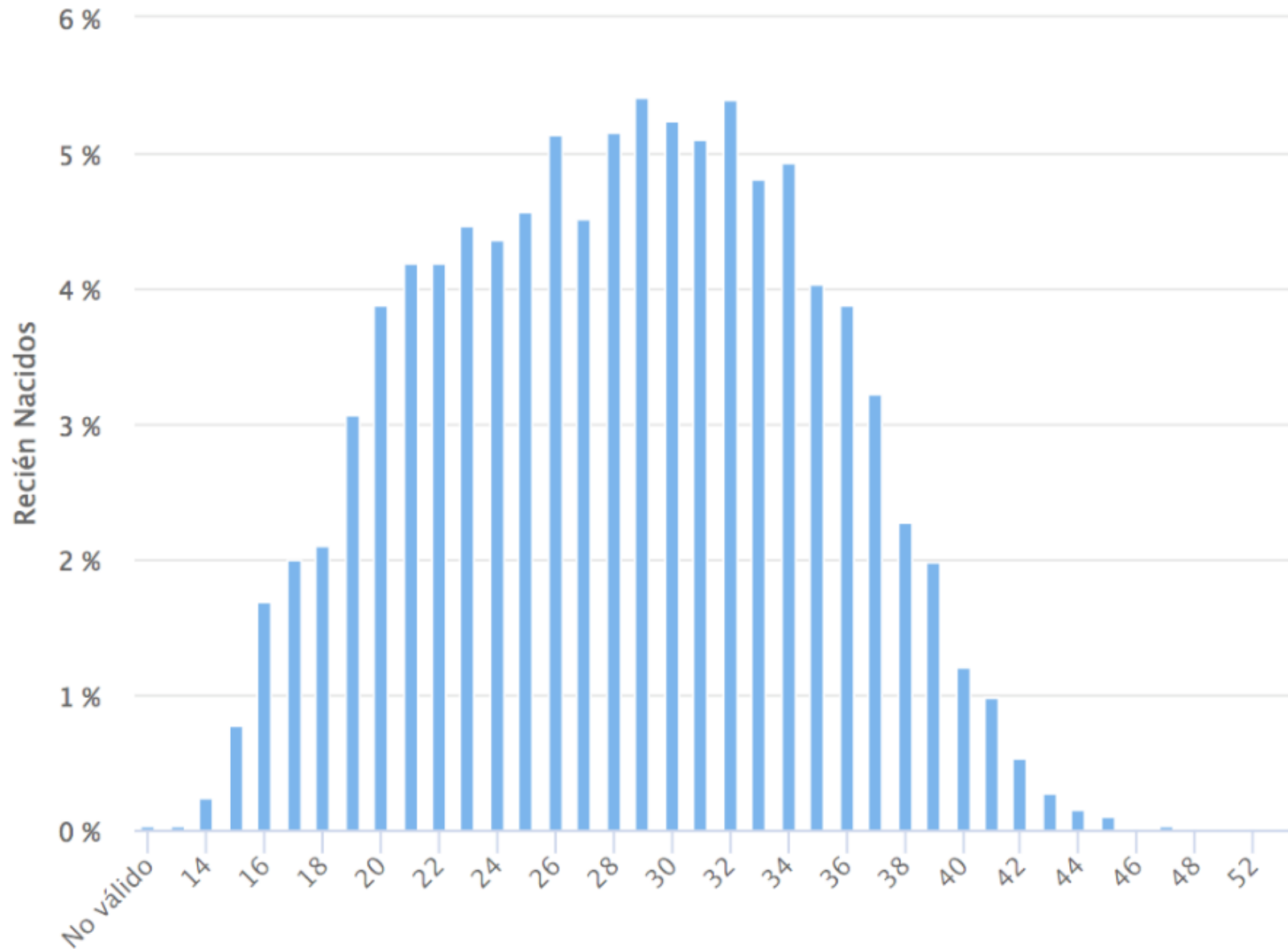
Distribución

Global 2016 - 2020 2016 2017 2018 2019 Sin fecha de parto

	n	total	válidos	acumulado
sin datos	3	0.03 %	-----	-----
verdadero	0	0.00 %	-----	-----
(0 - 14)	26	0.27 %	0.27 %	0.27 %
(15 - 19)	914	9.61 %	9.62 %	9.89 %
(20 - 34)	6783	71.35 %	71.37 %	81.26 %
(35 - 43)	1748	18.39 %	18.39 %	99.65 %
(44 - 49)	30	0.32 %	0.32 %	99.97 %
(50 - 99)	3	0.03 %	0.03 %	100.00 %
TOTAL (Recién Nacidos)	9507	100.00 %	100.00 %	-----

- [Analizar Datos](#)
- [Reportes](#)
- [Historial de Usuario](#)
- [Base de Datos](#)
- [Imprimir](#)
- [Cerrar sesión](#)

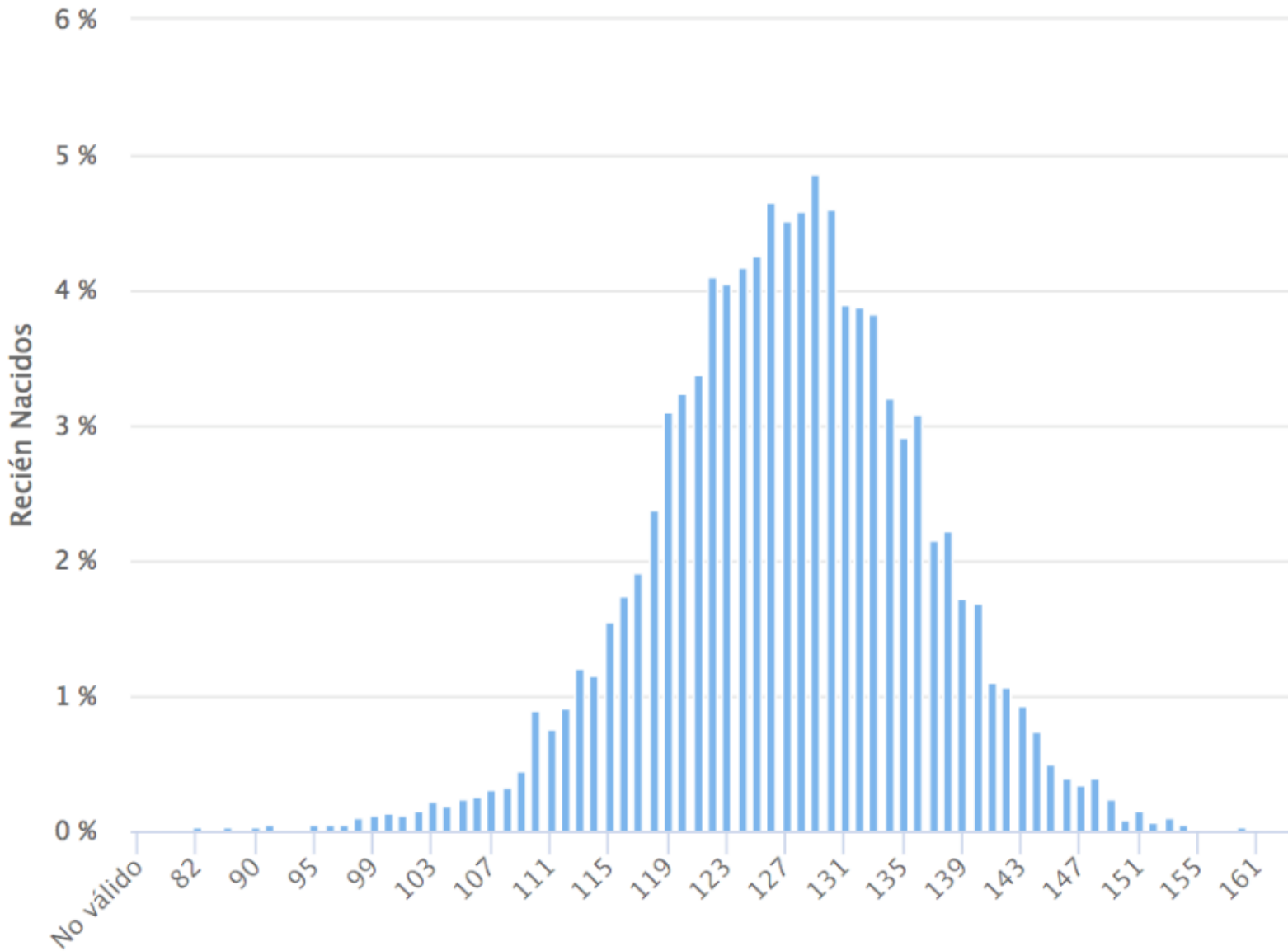
Edad materna (Global)



FECHA DE NACIMIENTO			EDAD (años)	
día	mes	año		

GESTACION ACTUAL		FUM	FPP	EG CONFIABLE por		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL				
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	día	mes	año	FUM	Eco <20 s.	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	previa	no sabe	vigente no	si	no	si		
60 Kg	1 65	27	06	06	03	04	07	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
		día	mes	año	FUM <td>Eco <20 s. <td colspan="2">1^{er} trim</td> <td colspan="2">2^o trim</td> <td colspan="2">3^{er} trim</td> <td colspan="2">1^{er} trim</td> <td colspan="2">2^o trim</td> <td colspan="2">3^{er} trim</td> <td colspan="2">DOSIS 1^a</td> <td colspan="2">DOSIS 2^a</td> </td>	Eco <20 s. <td colspan="2">1^{er} trim</td> <td colspan="2">2^o trim</td> <td colspan="2">3^{er} trim</td> <td colspan="2">1^{er} trim</td> <td colspan="2">2^o trim</td> <td colspan="2">3^{er} trim</td> <td colspan="2">DOSIS 1^a</td> <td colspan="2">DOSIS 2^a</td>	1 ^{er} trim		2 ^o trim		3 ^{er} trim		1 ^{er} trim		2 ^o trim		3 ^{er} trim		DOSIS 1 ^a		DOSIS 2 ^a			
		03	04	07	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
CERVIX		GRUPO		Rh	Inmuniz.	TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS indicados		Hb ≥20 sem		VIH - Diag - Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento								
Insp. visual	normal	anormal	no se hizo	0	-	<20sem IgG	-	+	no se hizo	Fe	Folatos	<11.0 g/dl	<20 sem solicitada	Prueba result	TARV en emb.	no treponémica	treponémica	Tratamiento	Tto. de la pareja					
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	≥20sem IgG	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<11.0 g/dl	Si	+	Si	-	+	no	si	s/d	n/c	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
PAP	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	γglobulina anti D	+	1 ^a consulta IgM	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	no	no	<11.0 g/dl	No	-	No	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
COLP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	no	si	no se hizo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	si	si	<11.0 g/dl	n/c	n/c	n/c	<20 sem	semanas	semanas	semanas	semanas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
CHAGAS	no se hizo	+	-	+	+	GLUCEMIA EN AYUNAS	<20 sem	90	≥105 mg/dl	ESTREPTOCOCO B	35-37 semanas	PREPARACION PARA EL PARTO	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	≥20 sem solicitada	Prueba result	TARV en emb.	≥20 sem	30	semanas	semanas	semanas	semanas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<20 sem	90	≥105 mg/dl	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	no	si	Si	+	Si	≥20 sem	30	semanas	semanas	semanas	semanas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PALUDISMO/MALARIA	no se hizo	-	+	+	+	≥30 sem	100	≥105 mg/dl	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	no	si	No	-	No	≥20 sem	30	semanas	semanas	semanas	semanas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	≥30 sem	100	≥105 mg/dl	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	no	si	n/c	n/c	n/c	≥20 sem	30	semanas	semanas	semanas	semanas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Hb<20 sem. (Global)



+ Nuevo Formulario

Identificación:

Nombre/Apellido:

Filtros: +

Q Buscar

- Analizar Datos
- Reportes
- Historial de Usuario
- Base de Datos
- Imprimir
- Cerrar sesión



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

← Volver a Búsqueda

Reporte: Estadísticas Básicas

Filtros: Fecha de nacimiento > 01/01/14

Emitir Reporte

10/05/2020 10:07:15

v.2.0.7

http://www.sipplus.org:9000/db [sip-entrenamiento-11]

Fecha de nacimiento > 1/1/14

Pacientes: 7239 - Gestas: 7885 - Recién Nacidos: 7989



SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva

Otro país

Estadísticas Básicas

Estadísticas Básicas

	N
Nacidos vivos \geq 500g o \geq 22 semanas	7952
Nacidos vivos < 2500g	569
Nacidos vivos < 1500g	99
Nacidos vivos < 1000g	43
Fallecen en sala de partos	7
Nacidos muertos \geq 500g o \geq 22 semanas	28
Abortos	4
sin datos	4

MORTALIDAD	N	
Mortalidad Fetal	28	3.51 Tasa por mil nacidos vivos + muertos \geq 500g o \geq 22 sem
Mortalidad Neonatal precoz	19	2.39 Tasa por mil nacidos vivos \geq 500g o \geq 22 sem
Mortalidad Perinatal	47	5.89 Tasa por mil nacidos vivos + muertos \geq 500g o \geq 22 sem
Muertes maternas	10	125.74 Razón de mortalidad materna x 100000 RN vivos

MADRE	N	%	SIN DATO	% SIN DATO
Embarazo múltiple	199	2.49	27	0.34
Hipertensión previa	202	2.56	47	0.60
Preeclampsia	324	4.11	46	0.58
Eclampsia	10	0.13	44	0.56
Hemorragia 1er. trimestre	117	1.48	42	0.53
Hemorragia 2do. trimestre	30	0.38	42	0.53
Hemorragia 3er. trimestre	68	0.86	42	0.53
Sífilis Gestacional	46	0.58	4	0.05
Solicitó VIH	7810	99.05	21	0.27
Con control prenatal	7885	100.00	10	0.13
1er. control en 1er. trimestre	6665	84.53	32	0.41
1er. control en 2do. trimestre	1113	14.12	32	0.41
1er. control en 3er. trimestre	75	0.95	32	0.41
1er. control sin fecha	32	0.41		
Hospitalizadas	807	10.23	15	0.19

PARTO	N	%	SIN DATO	% SIN DATO
Rotura membranas >=18 hs	233	2.95	7652	97.05
Inicio espontáneo	4300	54.53	66	0.84
Inicio inducido	1891	23.98	66	0.84
Inicio cesárea electiva	1628	20.65	66	0.84
Terminación espontánea	4221	52.84	8	0.10
Terminación cesárea	3611	45.20	8	0.10
Terminación instrumental	149	1.87	8	0.10
Terminación cesárea en embarazos de bajo riesgo	0	-----	0	-----
Parto prematuro < 37 semanas	676	8.57	6	0.08
Anticoncepción: consejería = SI	7802	98.95	66	0.84

NEONATO	N	%	SIN DATO	% SIN DATO
Apgar 1er. minuto 4 - 6	218	2.74	9	0.11
Apgar 1er. minuto 0 - 3	45	0.57	9	0.11
Apgar 5to. minuto 4 - 6	31	0.39	8	0.10
Apgar 5to. minuto 0 - 3	14	0.18	8	0.10
Pequeño para edad gestacional	361	4.54	26	0.33
Grande para edad gestacional	404	5.08	26	0.33
Con alguna patología	1064	13.32	179	2.24
--	--	--	--	--
Tamizaje RN: VDRL+	5	0.06	140	1.75
Tamizaje RN: TSH +	3	0.04	149	1.87
Tamizaje RN: Hbpatía +	1	0.01	146	1.83
Tamizaje RN: Bilirrubina +	96	1.20	148	1.85
Tamizaje RN: Toxoplasmosis +	3	0.04	155	1.94



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva

Hospital de Clínicas
Otro país

07/05/2020 20:43:21
v.2.0.7
http://www.sipplus.org:9000/db [sip-plus]
Pacientes: 548 - Gestas: 621 - Recién Nacidos: 474

Indicadores para SIP NM

Razón de Morbilidad Materna Extremadamente Grave

	TASA POR MIL
Razón de Morbilidad Materna Extremadamente Grave	0.00

Índice de mortalidad

	PORCENTAJE
Índice de mortalidad	100.00

Relación Near Miss / Mortalidad Materna

	RELACIÓN
Relación Near Miss / Mortalidad Materna	0.00

Relación criterio / caso

	RELACIÓN
Relación criterio / caso	-----



PAHO

VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS no si

CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA		LABORATORIO		INTERVENCIONES	
Cardiovascular	Shock <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Renal	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Laboratorio	Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
	Paro cardíaco <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si				Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
					↓ Cuál/es _____
Hepático	Ictericia en preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Hematológicos/coagulación	Alteraciones de la coagulación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
					_____ días
Respiratorio	Cianosis aguda <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Neurológico	Coma <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Administración de hemoderivados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
					_____ N° de vol.
					Ingreso a UCI <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
					_____ días
					Histerectomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
					Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
					Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si

Versión: 2.0.7

[http://www.sipplus.org:9000/db \[sip-plus\]](http://www.sipplus.org:9000/db [sip-plus])

Administrador - 10009 ES

Volver a Búsqueda

Reporte: Indicadores para SIP NM

Filtros: +

Emitir Reporte



Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva

Otro país

Indicadores Robson

GRUPOS	TOTAL DE MUJERES DEL GRUPO (A)	CESÁREAS EN EL GRUPO (B)	TAMAÑO RELATIVO DEL GRUPO (A)/(C)	TASA DE CESÁREA POR GRUPO (B)/(A)	CONTRIBUCIÓN DE CADA GRUPO A TASA DE CESÁREA GLOBAL (B)/(C)
Nulíparas, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio espontáneo	3955	1278	26.67	32.31	8.62
Nulíparas, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio inducido o cesárea electiva	2738	1765	18.47	64.46	11.90
Múltiparas, s/cicatriz de cesárea, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio espontáneo	2679	238	18.07	8.88	1.61
Múltiparas, s/cicatriz de cesárea, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio inducido o cesárea electiva	1093	383	7.37	35.04	2.58
Todas las múltiparas con al menos una cesárea previa, único, cefálica, >= 37 semanas	2204	1758	14.86	79.76	11.86
Todas las nulíparas, único, podálica	332	315	2.24	94.88	2.12
Todas las múltiparas, único, podálica, incluye mujeres con cesárea previa	219	214	1.48	97.72	1.44
Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluye mujeres con cesárea previa	402	349	2.71	86.82	2.35
Todas las mujeres, único, en transversa u oblicua, incluye mujeres con cesárea previa	74	71	0.50	95.95	0.48
Todas las mujeres, único, cefálica, <= 36 semanas, incluye mujeres con cesárea previa	1131	583	7.63	51.55	3.93
-	-	-	-	-	-
Total de mujeres en los 10 grupos (C)	14827	-	-	-	-

Reporte: Indicadores Robson

Filtros:

Edad materna

Emitir Reporte



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

10/05/2020 08:32:57

v.2.0.7

<http://www.siplus.org:9000/db> [sip-entrenamiento-11]

Edad materna < 19

Pacientes: 1210 - Gestas: 1275 - Recién Nacidos: 1278

Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva

Otro país

Indicadores Robson

GRUPOS	TOTAL DE MUJERES DEL GRUPO (A)	CESÁREAS EN EL GRUPO (B)	TAMAÑO RELATIVO DEL GRUPO (A)/(C)	TASA DE CESÁREA POR GRUPO (B)/(A)	CONTRIBUCIÓN DE CADA GRUPO A TASA DE CESÁREA GLOBAL (B)/(C)
Nulíparas, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio espontáneo	581	138	56.63	23.75	13.45
Nulíparas, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio inducido o cesárea electiva	250	137	24.37	54.80	13.35
Múltiparas, s/cicatriz de cesárea, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio espontáneo	41	2	4.00	4.88	0.19
Múltiparas, s/cicatriz de cesárea, único, cefálica, >= 37 semanas, inicio inducido o cesárea electiva	3	2	0.29	66.67	0.19
Todas las múltiparas con al menos una cesárea previa, único, cefálica, >= 37 semanas	20	18	1.95	90.00	1.75
Todas las nulíparas, único, podálica	19	15	1.85	78.95	1.46
Todas las múltiparas, único, podálica, incluye mujeres con cesárea previa	1	1	0.10	100.00	0.10
Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluye mujeres con cesárea previa	6	4	0.58	66.67	0.39
Todas las mujeres, único, en transversa u oblicua, incluye mujeres con cesárea previa	4	4	0.39	100.00	0.39
Todas las mujeres, único, cefálica, <= 36 semanas, incluye mujeres con cesárea previa	101	38	9.84	37.62	3.70
-	-	-	-	-	-
Total de mujeres en los 10 grupos (C)	1026	-	-	-	-

FREE VARIABLES

free 0

free 1

free 2

free 3

free 4

free 5

free 6

free 7

free 8

free 9

free 10

free 11

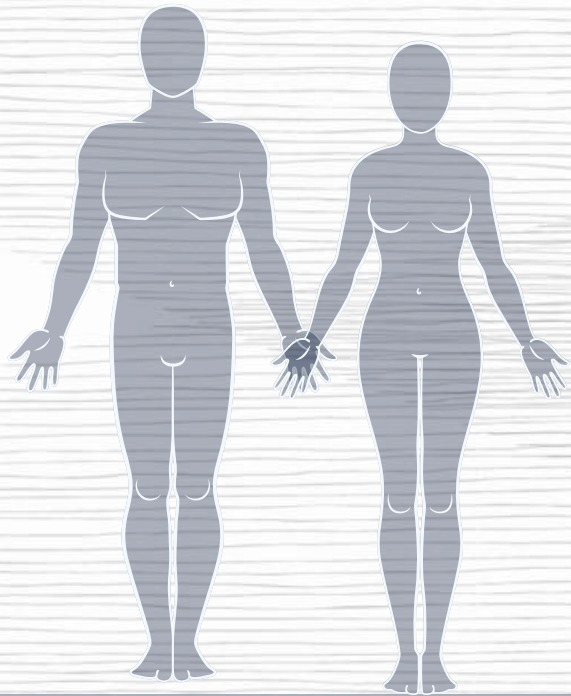
free 12

free 13

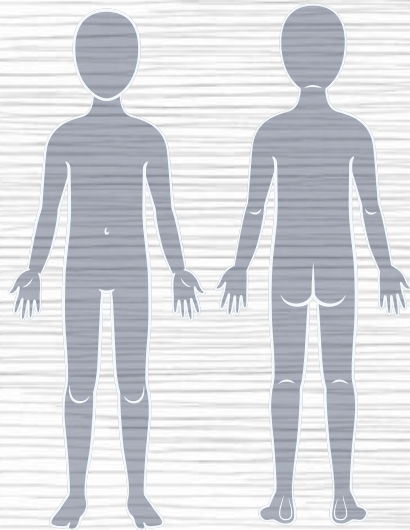
free 14

free 15

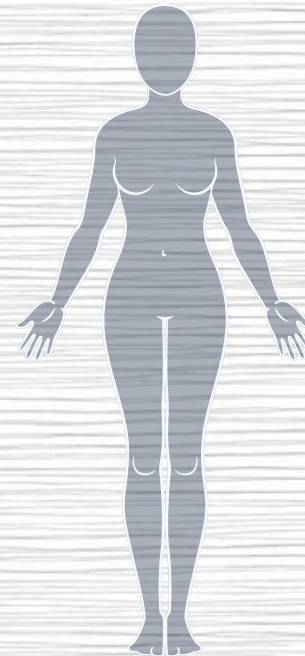
SIP + en el curso de vida



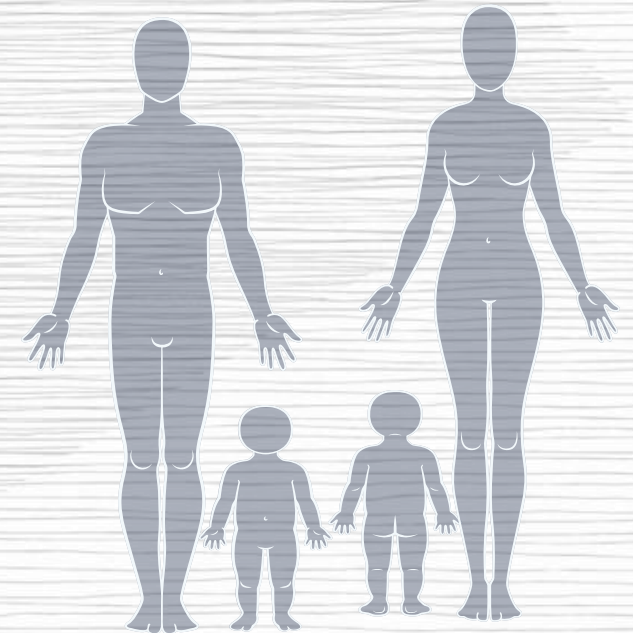
Salud Reproductiva
Anticoncepción



Adolescencia
SIA



Embarazo
**HCPB SIPA SIPNM
SIP Comunitario**

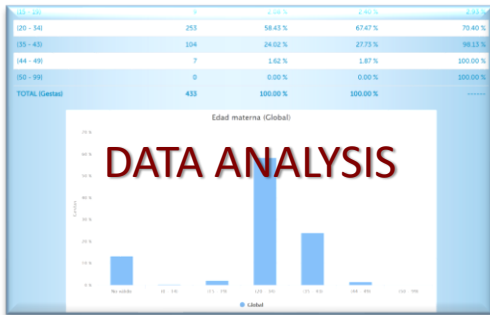


Recién Nacido
**SIP Neo
Defectos congénitos**



- Regional
- Caribe
- Bolivia
- Argentina
- Uruguay
- T & T
- St. Kitts & Nevis
- Bahamas
- St. Lucia
- Honduras
- Colombia
- Nicaragua

- HCP
- SIP PCR
- SIP NEO
- SIP A
- SIP COM
- SIP COVID-19
- NearMiss
- Zika
- Congenital Anomalies
- Notes



Estadísticas Básicas

AUTOMATIC REPORTS	
Muñecas vivas a 3500g	0
Partos en sala de parto	2
Nacidos muertos >= 500g o >= 22 semanas	5
Abortos	7
Muñecas	333

DATA BASE INTEGRATION with HIS

Edad	2004	2008	2014	2015	2016	2017	2018	Sin fecha de parto
10 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 19	20	20	20	20	20	20	20	20
20 - 34	436	436	436	436	436	436	436	436
35 - 40	177	177	177	177	177	177	177	177
44 - 49	0	0	0	0	0	0	0	0
50 - 99	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Gestas	633	633	633	633	633	633	633	633

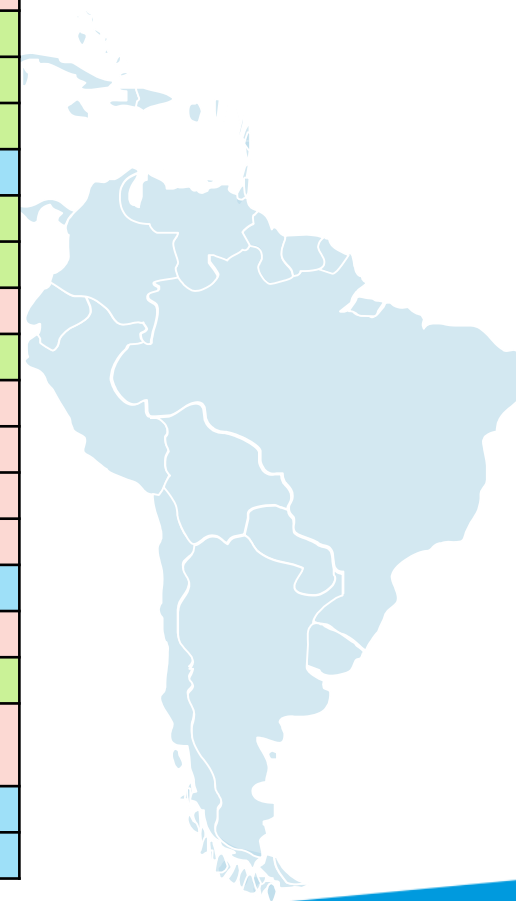


SIPPlus and SIP IMPLEMENTED in LA&C Region

Luis Mainero
mainerol@paho.org

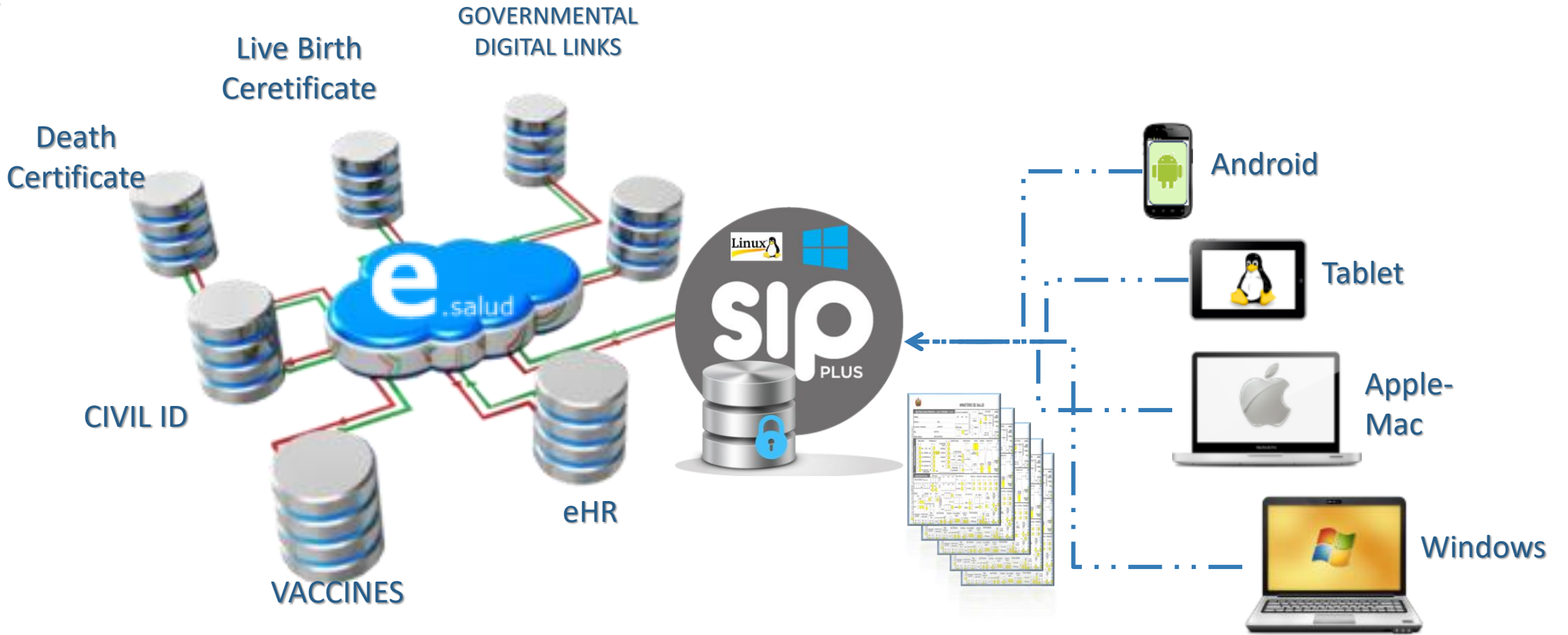
America del Sur	America Central	Caribe y Caribe Ingles	América del Norte
Argentina	Costa Rica	Antigua y Barbuda	Mexico
Bolivia *	Guatemala	Curacao	
Brasil *	El Salvador	Bahamas	
Chile	Honduras	Barbados	
Colombia *	Nicaragua *	Cuba	
Ecuador	Panamá *	Dominica	
Guyana		Grenada	
Guyana Francesa		Belice	
Paraguay		Haití	
Perú		Islas Turcas y Caicos	
Suriname		British Islands	
Uruguay *		Jamaica	
Venezuela		Barbuda	
		Cayman Island	
		República Dominicana*	
		San Bartolomé	
		San Cristóbal y Nieves	
		San Vicente y las Granadinas	
		Santa Lucía	
		Trinidad y Tobago	

SIP plus - * INTEGRATED w/ HIS
SIP Windows (not web)
Seldom use.





PERINATAL
INFORMATION
SYSTEM



PAHO

+ New Form

Identification:

First/Last Name:

Filters:



Q Search



PERINATAL
INFORMATION
SYSTEM

Start

+ New Form

Identification:

First/Last Name:

Filters:



Search

Name	Pregnancy	Newborn	Date of Birth	Edit	Print			
14678654	angela moore	5 / 5	0	25/09/2015	Form: ▾	Form: ▾		
9946984	Elizabeth Moore	1 / 1	0	-	Form: ▾	Form: ▾		

Respiratory infections module

INCLUSION CRITERIA

Proven or suspected infection with pathogen of Public Health Interest
 History of self-reported feverishness or measured fever of $\geq 38^{\circ}\text{C}$

no yes

no yes

Cough no yes

Dyspnea or Resp Rate*

* ≥ 20 in ≥ 13 years.

Clinical suspicion of ARI despite not meeting previous criteria no yes

Contact with confirmed case

COVID-19 (SARS-CoV2) + - pending not done

IgG PCR

IgM

FIRST NAME **Elizabeth**

LAST NAME **Moore**

ADRESS Institution

DISTRICT **RO** LOCATION PHONE **598 96411080** Country code **598** Type of doc. ID number **9946984**

DATE OF BIRTH day month year 18 05 00	AGE (years) 20	WEIGHT 58 Kg	HEIGHT (cm) 1 70	ETHNIA afro <input checked="" type="radio"/> mixed <input type="radio"/> other <input type="radio"/> white <input type="radio"/> indigenous <input type="radio"/> n/d <input type="radio"/>	CIVIL STATUS married <input checked="" type="radio"/> widow <input type="radio"/> n/d <input type="radio"/> divorced <input type="radio"/> single <input type="radio"/>	EDUCATION none <input type="radio"/> secondary <input type="radio"/> university <input checked="" type="radio"/> primary <input type="radio"/> years in highest level 2	Health Worker no <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> other no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> Laboratory Worker <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> specify Clerk
--	--------------------------	------------------------	----------------------------	---	---	--	--

HISTORY

PERSONAL	no	yes	no	yes
TB	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Active smoker	<input checked="" type="radio"/>
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Passive smoker	<input checked="" type="radio"/>
Hypertension	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drugs	<input checked="" type="radio"/>
Pre-eclampsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcohol	<input checked="" type="radio"/>
Eclampsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	COPD	<input checked="" type="radio"/>
Surgery genital-urinary	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input checked="" type="radio"/>
Infertility	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronic liver disease	<input checked="" type="radio"/>
Heart disorder	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronic neurol disease	<input checked="" type="radio"/>
Kidney disorder	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asplenia	<input checked="" type="radio"/>
Violence	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Other	<input checked="" type="radio"/>
HIV+	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	which?	
Siphilis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Malignant neoplasm	<input checked="" type="radio"/>
			Influenza vaccin	<input checked="" type="radio"/>

OBSTETRIC

prev. gest abortions

LAST PREVIOUS
 n/a < 2500g
 normal $\geq 4000g$

tubal pregnancy 3 consec. spont. ab.

History of twins no yes

deliveries cesarean sections

vaginal stillbirths

livebirths died 1st week

alive died after 1st week

PLANNED PREGNANCY → no yes

Contracep. method failure
 no method barrier IUD horm emerg natural

day month year Less than 1 year

CURRENT PREGNANCY

LMP 24 12 19

EDD 04 08

Gestational age at consultation 21

Date of consultation 18 05 00

SYMPTOMS SINCE

Date of onset of symptoms 17 05 00

Recent fever	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes	Headache	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes
Cough	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes	Abdominal pain	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes
Dry cough	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes	Vomiting / nauseas	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes
Mucous cough	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Diarrhea	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes
Sore throat	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes	Anosmia (smell)	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes
Rhinorrhea	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Ageusia (taste)	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes
Myalgias/arthralgias	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Bleeding dis.	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes
Fatigue	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Other	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes
Breathing difficulties	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes			

specify ↓

MEDICATIONS BEFORE DIAGNOSIS

Medication in the previous 14 days?

ACE inhibitors	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Anti nausea drugs	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify: _____
Angiotensin II receptor blockers (ARBs)	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Vitamins	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify: _____
NSAI drugs	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Micronutrients	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify: _____
Antipyretics	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes	Antiviral drugs	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify: paracetamol
Anticonvulsivants	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	Antibiotics	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify: _____

TEST FOR RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

Coronavirus	<input type="radio"/> negative	<input checked="" type="radio"/> positive	<input type="radio"/> MERS-CoV	<input type="radio"/> SARS-CoV1	<input type="radio"/> SARS-CoV2	Influenza	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	<input type="radio"/> not done	Others	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify: _____
--------------------	--------------------------------	---	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------	-------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------------------	----------------

SYMPTOMS AND SIGNS OF RESPIRATORY INFECTION WHEN AT FIRST CONSULTATION

	no	yes		no	yes		no	yes
Recent fever	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Breathing difficulties	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anosmia (smell)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cough	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inability to walk	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ageusia (taste)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dry cough	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Chest Retractions	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bleeding dis.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mucous cough	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Headache	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Other	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sore throat	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confusion	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amniotic fluid leak	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhinorrhea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abdominal pain	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Genital bleeding	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wheezing	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vomiting / nauseas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Headache	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chest pain	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrhea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acute visual problems	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myalgias / arthralgias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Conjunctivitis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Right hypochondrium pain	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lymphadenopathies	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Less or no fetal movements	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
						Painful uterine contractions	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

place:

specify:

Respiratory rate (Rpm)	Heart rate (Lpm)	Temperature °C
<input type="text" value="20"/>	<input type="text" value="65"/>	<input type="text" value="38.2"/>

ADMISSION

no yes

day month year

Respiratory infections module - ADMISSION

Cause of admission: _____

NAME	Elizabeth	DATE OF ADMISSION	Institution											
		day month year												
LAST NAME	Moore	18 05 00	ID number 9946984											

LEVEL OF CARE

Minimal	no <input type="radio"/>	yes <input checked="" type="radio"/>	n/d <input type="radio"/>	Intermediate	no <input type="radio"/>	yes <input checked="" type="radio"/>	n/d <input checked="" type="radio"/>	intensive	no <input type="radio"/>	yes <input checked="" type="radio"/>	n/d <input checked="" type="radio"/>
---------	--------------------------	--------------------------------------	---------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

ADMISSION ASSESSMENT

Systolic Blood Pressure (mm Hg)	130	Dyastolic Blood Pressure (mm Hg)	70	Temperature °C	38.2	Capillary refill time (secs)	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Weight at admission (Kg)	58	SpO ₂ (%)	95	<input checked="" type="radio"/> room air <input type="radio"/> O ₂ therapy <input type="radio"/> unk	PaCO ₂ (mmHg)		AVPU *		FHR	
* Alert Visual Pain Unresponsive																		

SYMPTOMS AND SIGNS OF RESPIRATORY INFECTION AT AMISSION

Recent fever	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Myalgias/arthralgias	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Vomits / nauseas	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Amniotic fluis leak	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
Cough	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Headache	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Diarrhea	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Genital bleeding	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
Dry cough	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Breathing difficulties	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Conjunctivitis	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Headache	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
mucous cough	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Inability to walk	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Lymphadenopathies	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Acute visual problems	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
Sore throat	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Chest retractions	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Anosmia (smell)	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Right hyponchondrium pain	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
Rhinorrhea	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Headache	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Ageusa (taste)	no <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Less or no fetal movements	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
Wheezin	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Confusion	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Bleeding dis.	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Painful uterine contractions	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	
Chest pain	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Abdominal pain	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	Other	no <input checked="" type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/>	place:		
							specify:	

PRESCRIPTIONS AT ADMISSION

Oral fluids	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> yes	specify:	
Parenteral fluids	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Antiviral fluids	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Interferon	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Antibiotics	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Antifungal drugs	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Antimalarial drugs	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Experimental drugs	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Antipyretic	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	specify:	Paracetamol
ACE Inhibitors	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	

BRail	<input checked="" type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes	specify:	
Convalescent plasma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Ivermectine	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Anticonvulsants	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Antinausea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Vitamins micronutrients	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Tocolytics	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Labour induction	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	
Steroids for lung maturation	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	specify:	

ON GOING LIFE SUPPORT

Oxygen

--	--

L/min

Ventilation

invasive no invasive

inotropics no yes specify

ECMO

Inotrop. 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inotrop. 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> Inotrop. 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA PREVIOS

fecha del inicio de los síntomas

día	mes	año
03	04	20

historia de fiebre	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	cefaleas	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
tos	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	dolor abdominal	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
tos seca	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	vómitos / nauseas	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
tos con secreción	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	diarrea	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
dolor de garganta	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	anosmia / hiposmia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
rinorrea	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	ageusia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
mialgias / artralgias	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	hemorragia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
fatiga	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	otras	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
falta de aire	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	especificar	<input type="text"/>

MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO

¿Tomaba en los 14 días previos al diagnóstico alguno de los siguientes medicamentos?

inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	antinausea	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	especificar: _____
bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	vitaminas	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	especificar: _____
antinflamatorios no esteroideos	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	micronutrientes	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	especificar: _____
antitérmicos	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	antivirales	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	especificar: _____
anticonvulsivantes	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	antibióticos	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	especificar: _____



PERINATAL
INFORMATION
SYSTEM

www.sipplus.org

sip@paho.org

WEBINARS

COVID-19

A large grey circle containing the text 'sip' in white lowercase letters, with 'PLUS' in smaller white uppercase letters below it.

sip
PLUS

SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

www.sipplus.org

sip@paho.org

Luis Mainero

PAHO



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE
Americas

BE AWARE. PREPARE. ACT.

www.paho.org/coronavirus



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL
PAHO

Regional

Caribe

Bolivia

Argentina

Uruguay

T & T

St. Kitts & Nevis

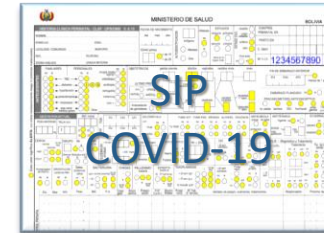
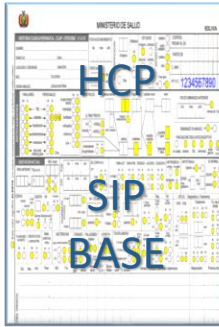
Bahamas

St. Lucia

Honduras

Colombia

Nicaragua



NearMiss

Zika

Anomalías Congénitas

Notas



Estadísticas Básicas

Reportes	N
Partos totales	4059
Partos en sala de partos	2
Partos en sala de partos	2
Nacidos muertos < 500g	5
Muertos	7
Muertes	333

Indicadores	N
Mortalidad fetal	0
Mortalidad neonatal	0
Mortalidad Perinatal	0
Muertes maternas	1

Software de integración HIS

Edad	n	total	valores	porcentaje
sin datos	0	0.00%		
10 - 14	0	0.00%	0.00%	0.00%
15 - 19	0	0.00%	0.00%	0.00%
20 - 24	0	0.00%	0.00%	0.00%
25 - 29	177	26.56%	24.37%	98.36%
30 - 34	0	0.00%	0.00%	100.00%
35 - 39	0	0.00%	0.00%	100.00%
TOTAL Gestas	666	100.00%	100.00%	



PAHO
Pan American Health Organization



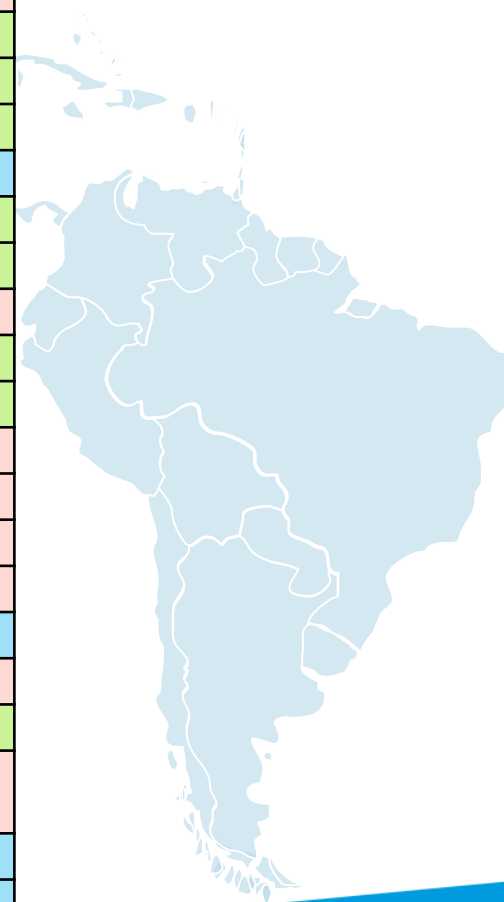
SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL
PAHO

Luis Mainero
mainerol@paho.org

Instalaciones SIP plus y SIP en la región

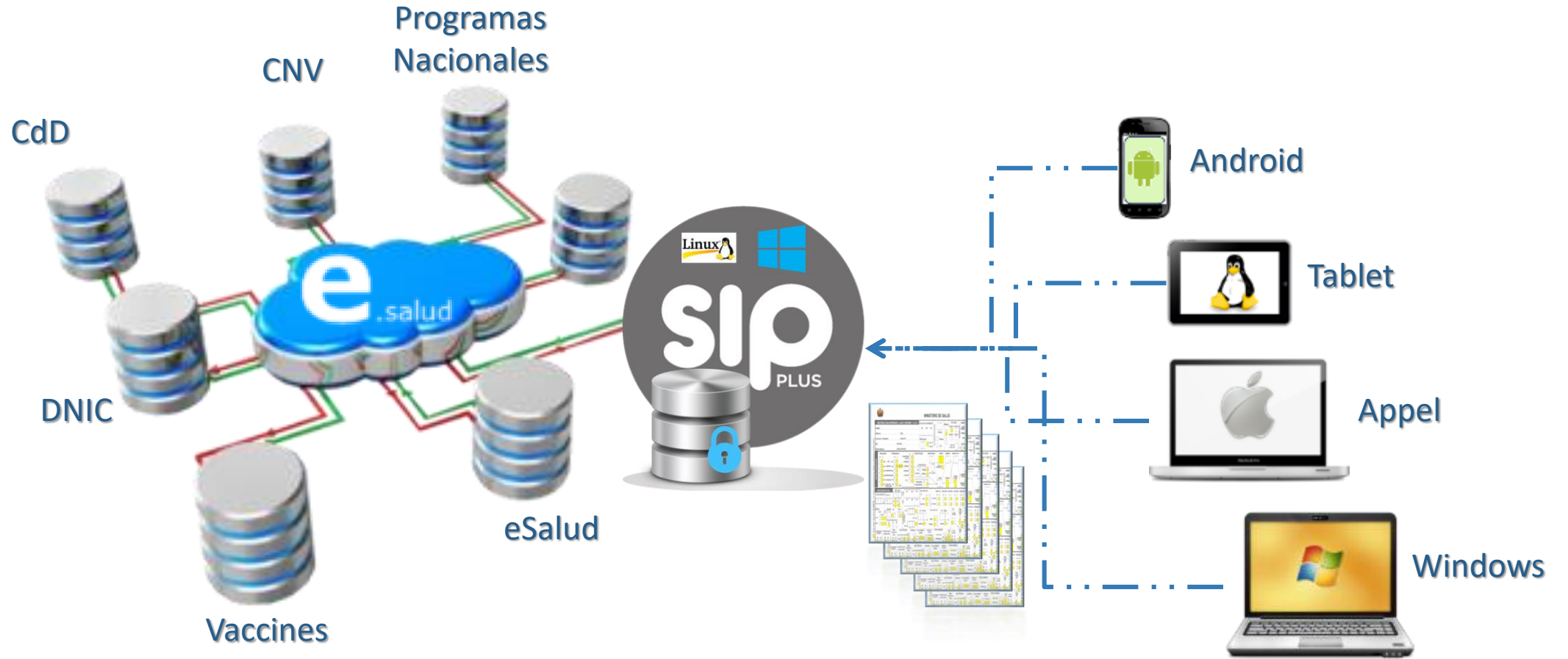
America del Sur	America Central	Caribe y Caribe Ingles	América del Norte
Argentina	Belice	Antigua y Barbuda	Mexico
Bolivia *	Costa Rica	Aruba	
Brasil *	El Salvador	Bahamas	
Chile	Guatemala	Barbados	
Colombia *	Honduras	Cuba	
Ecuador	Nicaragua *	Dominica	
Guyana	Panamá *	Grenada	
Guyana Francesa		Guadalupe	
Paraguay		Haití	
Perú		Islas Caimán	
Suriname		Islas Turcas y Caicos	
Uruguay *		Islas Vírgenes	
Venezuela		Jamaica	
		Martinica	
		Puerto Rico	
		República Dominicana*	
		San Bartolomé	
		San Cristóbal y Nieves	
		San Vicente y las Granadinas	
		Santa Lucía	
		Trinidad y Tobago	

SIP plus - * integrado
SIP win
no implementado





SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL
PAHO





PERINATAL
INFORMATION
SYSTEM

User:

Password:

Login



PAHO



© 1983-2019 Pan-American Health Organization. All rights reserved.



LATIN AMERICAN CENTER FOR PERINATOLOGY
WOMEN AND REPRODUCTIVE HEALTH - CLAP/WR

+ Nuevo Formulario

Identificación:

Nombre/Apellido:

Filtros:



Q Buscar



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

[← Volver a Búsqueda](#)

País de Identificación: *


Uruguay ▼

Tipo de Identificación: *

CI - Cédula de Identidad ▼

Número de Identificación: *

28509903

 Buscar**Nuevo registro**

Gesta actual: *

1 ▼

Formulario: *

COVID-19 - Materno ▼

Notas

Variables Libres

COVID-19 - Materno

COVID-19 - Neonatal



Ficha de infecciones respiratorias

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Infección respiratoria sospechada o confirmada por agente patógeno de interés de Salud Pública
Historia de sensación febril o fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$

no si

Tos no si

Sospecha de IRA a pesar de no reunir los anteriores criterios no si

COVID-19 (SARS-CoV2) + - pendiente no hecho

IgG

PCR

Disnea (falta de aire) o Taquipnea* no si

Noción epidemiológica de contacto no si

IgM

*Frecuencia Respiratoria ≥ 20 en \geq de 13 años.

NOMBRES angela

APELLIDOS moore

DOMICILIO 1Grandrioy

Institución

DEPARTAMENTO

LOCALIDAD

TELÉFONO 443-7654

Código de país Tipo doc. N° Identidad 14678654

FECHA DE NACIMIENTO día mes año 01 11 72

EDAD (años) 43

PESO 86 Kg

TALLA (cm) 1 75

ETNIA afro amarilla otra blanca indígena s/d

ESTADO CIVIL casada viuda s/d divorciada soltera

ESTUDIOS años en mayor nivel ninguno secundaria primaria universitarios

Trabajador de la salud no si Otro no si Trabajador de laboratorio ¿Cuál?

ANTECEDENTES

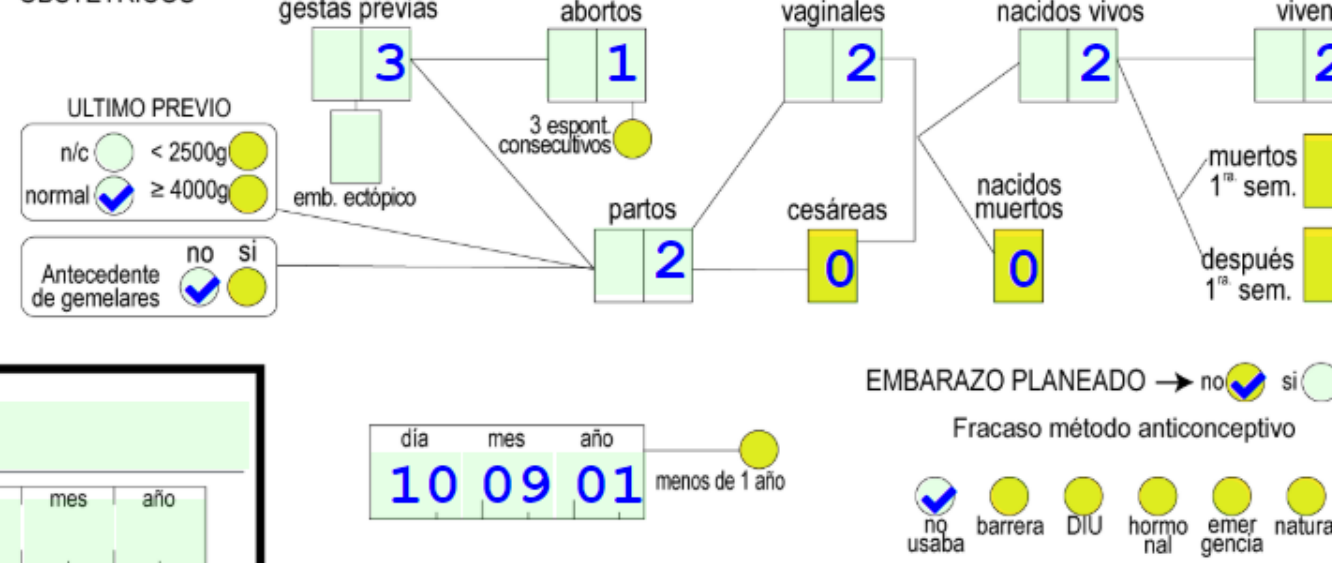
PERSONALES no si

TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia cirugía genito-urinaria infertilidad cardiopatía nefropatía violencia HIV sífilis

no si

fumadora activa fumadora pasiva drogas alcohol EPOC asma enfermedad hepática crónica trastornos neurológicos crónicos asplenia otra ¿cuál? neoplasia maligna vacunación contra influenza

OBSTETRICOS



GESTACION ACTUAL

FUM

FPP

Edad gestacional a la consulta

Fecha de la consulta

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA PREVIOS

fecha del inicio de los síntomas

- | | | | |
|--|--------------------------|--|----------------------------------|
| no <input checked="" type="radio"/> | si <input type="radio"/> | no <input checked="" type="radio"/> | si <input type="radio"/> |
| historia de fiebre <input checked="" type="radio"/> | | cefaleas <input checked="" type="radio"/> | |
| tos <input checked="" type="radio"/> | | dolor abdominal <input checked="" type="radio"/> | |
| tos seca <input checked="" type="radio"/> | | vómitos / nauseas <input checked="" type="radio"/> | |
| tos con secreción <input checked="" type="radio"/> | | diarrea <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| dolor de garganta <input checked="" type="radio"/> | | anosmia / hiposmia <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rinorrea <input checked="" type="radio"/> | | ageusia <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mialgias / artralgias <input checked="" type="radio"/> | | hemorragia <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fatiga <input checked="" type="radio"/> | | otras <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| falta de aire <input checked="" type="radio"/> | | especificar <input type="text" value=""/> | |

MEDICAMENTOS ANTES DEL DIAGNÓSTICO

¿Tomaba en los 14 días previos al diagnóstico alguno de los siguientes medicamentos?

- | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | no <input checked="" type="radio"/> | si <input type="radio"/> | | no <input checked="" type="radio"/> | si <input type="radio"/> | especificar: <input type="text" value=""/> |
| inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina | | | antinausea | | | |
| bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | vitaminas | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | especificar: <input type="text" value=""/> |
| antinflamatorios no esteroideos | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | micronutrientes | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | especificar: <input type="text" value=""/> |
| antitérmicos | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | antivirales | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | especificar: <input type="text" value=""/> |
| anticonvulsivantes | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | antibióticos | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | especificar: <input type="text" value=""/> |
| | | | | | | anticonvulsivantes-especificar <input type="text" value=""/> |

OTROS TEST DIAGNÓSTICOS INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Coronavirus | positivo <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> MERS-CoV | Influenza | no <input checked="" type="radio"/> | si <input type="radio"/> | no realizado <input type="radio"/> | Otros | no <input checked="" type="radio"/> | si <input type="radio"/> | especificar: <input type="text" value=""/> |
| negativo <input checked="" type="radio"/> | | | <input type="radio"/> SARS-CoV1 | | | | | | | | |
| | | | <input type="radio"/> SARS-CoV2 | | | | | | | | |



SISTEMA
INFORMÁTICO
PERINATAL

www.sipplus.org

sip@paho.org

Luis Mainero