

| HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | RAZA | | ALFA BETA | | ESTUDIOS | | ESTADO CIVIL | | CONTROL PRENATAL EN | | |
|---|--|--|--|---------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------|----------|--------|-----------------|----------|---------------------|--|--|
| NOMBRE | | | | dia | mes | año | <input type="radio"/> blanca | <input type="radio"/> si | ninguno | primaria | casada | unión estable | PARTO EN | | | |
| DOMICILIO | | | | EDAD (años) | | <input type="radio"/> indigena | <input type="radio"/> mestiza | secund. | univers. | soltera | otro | NUMERO IDENTID. | | | | |
| LOCALIDAD | | | | < de 16 | > de 40 | <input type="radio"/> negra | <input type="radio"/> otra | años en el mayor nivel | | | | | | | | |

| ANTECEDENTES | | | | OBSTETRICOS | | | | FIN EMBARAZO ANTERIOR | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------|--------|------------------------|--|-----------------------|--|-----------------|--|---|--|--|--|
| FAMILIARES | | PERSONALES | | gestas previas | | abortos | | vaginales | | nacidos vivos | | viven | | | |
| <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | ULTIMO PREVIO | | 3 espont. consecutivos | | partos | | nacidos muertos | | muertos 1º sem. | | | |
| <input type="radio"/> TBC | <input type="radio"/> diabetes | <input type="radio"/> hipertensión | <input type="radio"/> preeclampsia eclampsia | <2500g | >4500g | cesáreas | | cesáreas | | después 1º sem. | | EMBARAZO PLANEADO si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> | | | |
| | | | | preclampsia-eclampsia | | | | | | | | FRACASO METODO ANTICONCEP. <input type="radio"/> no usaba <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> píldora depo <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> natural | | | |

| GESTACION ACTUAL | | | | EG CONFIABLE por FUM | | | | MOVIM. FETALES | | | | CIGARRILLOS POR DIA | | | | ALCOHOL DROGAS | | | | ANTITETANICA | | | | ANTIRUBEOLA | | | | EX. NORMAL | | | |
|------------------|--|------------|--|----------------------|--|----------------|--|------------------|--|----------------------------|--|----------------------|--|-----------|--|--------------------------------|--|----------------------------------|--|--------------|--|---------|--|-------------|--|----|--|------------|--|--|--|
| PESO ANTERIOR | | TALLA (cm) | | Eco <20 s. | | desde | | 0= no fuma | | no | | si | | vigente | | si | | no | | previa | | no sabe | | si | | no | | | | | |
| | | 1 | | si | | | | | | Hb <20 sem | | Fe/FOLATOS indicados | | Hb 20 sem | | ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas | | PELVIANA intento versión externa | | | | | | | | | | | | | |
| BACTERIURIA | | GRUPO Rh | | PAPANICOLAOU | | VIH solicitado | | VDRL/RPR <20 sem | | SIFILIS confirmada por FTA | | VDRL/RPR 20 sem | | Fe | | Folatos | | | | | | | | | | | | | | | |

| | dia | mes | edad gest. | peso | PA | altura uterina | presen tación | latidos fetales | signos de alarma, exámenes, tratamientos | | | | próxima cita |
|---|-----|-----|------------|------|----|----------------|---------------|-----------------|--|--|--|--|--------------|
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |

| PARTO | | ABORTO | | CONSULTAS PRENATALES | | HOSPITALIZ en EMBARAZO | | CORTICOIDES ANTENATALES | | INICIO | | RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO | | EG sem. I | | Tiempo hasta el parto | | EDAD GEST. al parto | | PRESENTACION | | | |
|------------------|--|--------|--|----------------------|--|------------------------|--|-------------------------|--|---------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|-----------------------|--|---------------------|--|--------------|--|------------|--|
| FECHA DE INGRESO | | CARNÉ | | total | | días | | CICLO UNICO | | espontáneo | | inducido | | cesar. elect. | | <37 sem | | 18 hs. | | por FUM | | cefálica | |
| dia mes año | | si no | | | | | | completo | | inducido | | si no | | si no | | si no | | semanas | | por Eco. | | pelviana | |
| dia mes año | | si no | | | | | | incompl. | | cesar. elect. | | si no | | si no | | si no | | días | | por Eco. | | transversa | |

| TRABAJO DE PARTO | | | | | | | | | | ENFERMEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|----------|----------|--------------|------------|--------|------------|-------|--|----------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|
| hora | min | COMPANIA | POSICION | Contr. / 10' | DILATACION | ALTURA | FCF / DIPS | NOTAS | | ninguna | | | | | HTA previa | | | | | HTA inducida | | | | | preeclampsia | | | | | eclampsia | | | | | cardiop/ nefrop | | | | | diabetes | | | | | otra cond. grave | | | | |
| | | | | | | | | | | corioamionitis | | | | | infec. urinaria | | | | | amenaza parto preter. | | | | | R.C.I.U. | | | | | rotura prem. de membranas | | | | | HEMORRAGIA | | | | | | | | | | | | | | |

| NACIMIENTO | | VIVO | | hora | | min | | dia | | mes | | año | | MULTIPLE | | orden | | fetos | | espont. | | cesárea | | otra | | INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO | |
|------------|--|-------|--|------|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|----------|--|-------|--|-------|--|---------|--|---------|--|------|--|--|--|
| anteparto | | parto | | | | | | | | | | | | 0=único | | | | | | forceps | | vacuum | | | | INDUC. OPER. | |

| ACOMPANANTE | | POSICION PARTO | | EPISTOMIA | | DESGARRO | | OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO | | PLACENTA COMPLETA | | LIGADURA CORDON | | MgSO4 | | ocitocina | | antibiot. | | analgesia | | anest. regional | | anest. gral | | transfusión | |
|-------------|--|----------------|--|-----------|--|----------|--|-----------------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|-------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|--|-----------------|--|-------------|--|-------------|--|
| pareja | | sentada | | no | | Grado | | ocitocina | | si no | | precoz (<30s) | | no | | no | | no | | no | | no | | no | | no | |
| familiar | | cucillas | | si | | 1 2 3 4 | | otro | | si no | | tardía (>30s) | | si | | si | | si | | si | | si | | si | | si | |

| RECIENTE NACIDO | | | | PER. CEFALICO | | | | EG CONFIABLE | | | | PESO E.G. | | | | APGAR | | | | FALLECE en SALA de PARTO | | | | ATENDIO | | | | | | | |
|---------------------|--|---------------|--|---------------|--|---------|--|--------------|--|--------------------------|--|-----------|--|---------|--|------------------------|--|----------|--|--------------------------|--|------------|--|---------|--|---------------|--|---------|--|--------|--|
| SEXO | | PESO AL NACER | | cm | | sem. | | adec. | | 1º min. | | 5º | | máscara | | si | | REFERIDO | | medico | | enf./obst. | | auxil. | | estud./empir. | | otro | | Nombre | |
| f m | | g | | cm | | FUM ECO | | peq. | | 1º min. | | 2º | | si no | | alój.conj. hosp. hosp. | | PARTO | | PARTO | | PARTO | | PARTO | | PARTO | | PARTO | | | |
| DEFECTOS CONGENITOS | | ENFERMEDADES | | LONGITUD | | FUM ECO | | gde. | | TAMIZAJE NEONATAL NORMAL | | VDRL | | TSH | | Hbpatia | | Meconio | | Boca arriba | | pulsos | | PA | | invol. | | loquios | | | |

| EGRESO RN | | | | EGRESO MATERNO | | | |
|--------------------|--|-----------------------------|--|------------------------|--|-----------------------------|--|
| dia mes | | vivo después de traslado | | dia mes | | viva después de traslado | |
| fallece | | fallece después de traslado | | fallece | | fallece después de traslado | |
| EDAD | | LACTANCIA | | ANTIRUBEOLA POST PARTO | | ANTICONCEPCION | |
| <1 día | | exclusiva | | no | | barrera | |
| PESO AL EGRESO (g) | | parcial | | si | | ligadura tubaria | |
| | | fórmula | | referida | | natural | |
| NUMERO IDENTID. | | Nombre Recién Nacido | | Responsable | | Responsable | |

1 Completar sólo para partos vaginales (luego del parto)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Ocitocina para conducción del trabajo de parto (hasta el nacimiento) | | Uterotónicos para manejo activo del alumbramiento (desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta) | |
| <input type="radio"/> No se usó | <input type="radio"/> Intramuscular | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Ocitocina |
| <input type="radio"/> Intravenosa | | <input type="radio"/> Otros | |
| Uterotónicos en el Post Parto inmediato (desde la expulsión de la placenta hasta la salida de la mujer de la sala de partos) | | Si se usó ocitocina: | |
| <input type="radio"/> No se usaron | | Vía de administración | |
| <input type="radio"/> Ocitocina | | <input type="radio"/> Intramuscular | |
| <input type="radio"/> Otros | | <input type="radio"/> Intravenosa | |
| Episiotomía | Desgarro | Sutura por episiotomía o desgarro perineal | Placenta retenida |
| <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si | Grado <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si | <input type="radio"/> no <input type="radio"/> extracción manual <input type="radio"/> otros |

2 Completar para todos los partos (al egreso hospitalario materno)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Fecha del egreso materno | | Edad de la madre | |
| dia mes año | | dia mes año | |
| Estado de la madre | | Estado del Recién Nacido | |
| <input type="radio"/> Alta viva (a domicilio) | | <input type="radio"/> Alta vivo (a domicilio) | |
| <input type="radio"/> Muerta | | <input type="radio"/> Muerto | |
| <input type="radio"/> Traslada a otro hospital (UCI) | | <input type="radio"/> Aloj. conjunto o cuidados intermedios | |
| <input type="radio"/> Traslada a otro hospital (no UCI) | | <input type="radio"/> UCIN en este hospital | |
| Si hubo traslado, especifique dónde | | <input type="radio"/> Traslado a otro hospital | |
| Si hubo traslado, especifique dónde | | Si hubo traslado, especifique dónde | |
| Transfusión de sangre <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si | | Estuvo internado en UCIN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si | |
| Estuvo internada en UCI <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si | | | |

| 3 Completar sólo para madres trasladadas (al alta definitiva) | | 4 Completar sólo para RN trasladados o internados (al alta definitiva) | |
|--|--|--|--|
| Estado de la madre | | Estado del RN | |
| <input type="radio"/> Alta viva (a domicilio) | | <input type="radio"/> Alta vivo (a domicilio) | |
| <input type="radio"/> Muerta | | <input type="radio"/> Muerto | |
| Fecha | | Fecha | |
| dia mes año | | dia mes año | |
| Continúa internado al 7º día de nacido <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si | | | |

Pegar etiqueta con número de control SIP

HCPESAVP-10/02 Descripción de códigos en el reverso CLP2003-01GL SIP OFR3.0.07/2004

NOMBRE

NUMERO
IDENTID.

Para archivar
en el hospital



Para enviar
al CLAP

2 Completar para todos los partos (al egreso hospitalario materno)

Fecha del egreso materno

día mes año

Edad de la madre

Estado de la madre

- Alta viva (a domicilio)
- Muerta
- Traslada a otro hospital (UCI)
- Traslada a otro hospital (no UCI)

Si hubo traslado, especifique dónde

Transfusión de sangre no si

Estuvo internada en UCI no si

Estado del Recién Nacido

- Alta vivo (a domicilio)
- Muerto
- Aloj. conjunto o cuidados intermedios
- UCIN en este hospital
- Traslado a otro hospital

Si hubo traslado, especifique dónde

Estuvo internado en UCIN no si

Datos a obtener por el recolector de datos del Proyecto Guías

3 Completar sólo para madres trasladadas (al alta definitiva)

Estado de la madre

- Alta viva (a domicilio)
- Muerta

Fecha

día mes año

4 Completar sólo para RN trasladados o internados (al alta definitiva)

Estado del RN

- Alta vivo (a domicilio)
- Muerto

Fecha

día mes año

Continúa internado al 7º día de nacido no si

Pegar etiqueta
con número de control
ALTA 1

Para archivar en el hospital



Para enviar al CLAP

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

día mes año

EDAD (años)

NUMERO IDENTID.

partos

PARTO ABORTO

INICIO

- espontáneo
- inducido
- cesar. elect.

EDAD GEST. al parto

semanas días

| | | | | | | | | | | | |
|------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| NACIMIENTO | VIVO <input type="radio"/> | hora | min | día | mes | año | MULTIPLE orden | fetos | espont. <input type="radio"/> | cesárea <input type="radio"/> | otra <input type="radio"/> |
| | MUERTO | anteparto <input type="radio"/> | parto <input type="radio"/> | ignora momento <input type="radio"/> | 0=único <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | forceps <input type="radio"/> | vacuum <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

PESO AL NACER

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | g |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|

EG CONFIABLE

| | |
|----------------------|----------------------|
| sem. | días |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

APGAR

| | |
|----------------------|----------------------|
| 1 ^{er} min. | <input type="text"/> |
| 5 ^{to} | <input type="text"/> |

ATENDIO médico enf./obst. auxil. estud./empir. otro

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| PARTO <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

1 Completar sólo para partos vaginales (luego del parto)

Ocitocina para conducción del trabajo de parto
(hasta el nacimiento)

- No se usó
- Intramuscular
- Intravenosa

Uterotónicos para manejo activo del alumbramiento
(desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta)

Medicación usada

- Ninguna
- Ocitocina
- Otros

Si se usó ocitocina:

Vía de administración

- Intramuscular
- Intravenosa

Dosis (UI)

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Uterotónicos en el Post Parto inmediato

(desde la expulsión de la placenta hasta la salida de la mujer de la sala de partos)

- No se usaron
- Ocitocina
- Otros

Episiotomía

- no
- si

Desgarro

Grado

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| no | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sutura por episiotomía o desgarro perineal

- no
- si

Placenta retenida

extracción manual otros

- no
-
-

Pegar etiqueta con número de control
SIP

HCPESAVP-10/02

CLP2003-01GL CLIN 1 OFR3.0.07/2004