

Notificación Inmediata y Estudio de Caso de Morbilidad Materna Severa**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE**01.- No. de Expediente: 02.- Folio:

03.- Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

04.- RFC: 05.- CURP: 06.- Estado Civil: Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda Separada Se ignora Licenciatura Postgrado

07.- Ocupación: _____

08.- Escolaridad: Ninguna Se ignora completa completa completa completa completa completa completa completa incompleta incompleta incompleta incompleta incompleta incompleta incompleta incompleta 09.- Derechohabiencia: Seguro popular IMSS ISSSTE PEMEX Otra Ninguna 10.- Fecha de nacimiento: Dia Mes Año

11.- Entidad de Nacimiento: _____

II. RESIDENCIA ACTUAL

12.- Domicilio: _____ Calle y Número

13.- Colonia o localidad: _____

14.- Estado: _____

15.- Municipio o Delegación: _____

16.- C.P.: _____

17.- Entre calle: _____ y calle: _____

18.- Tel / Cel: _____

19.- Tiene más de 6 meses de vivir en su domicilio: SI NO 20.- Es Indígena: SI NO 21.- Habla castellano: SI NO

22.-Lengua que habla: _____

Pase al siguiente rubro

III. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE (estos datos los da la plataforma de manera automática a la captura)

23.-Nombre de la unidad: _____

24.-CLUES: _____

25.-Clave de la unidad: _____

26.-Estado: _____

27.-Jurisdicción: _____

28-Municipio: _____

29.-Localidad / Colonia: _____

30.-Dirección: _____

31.-Institución: _____

IV. DATOS DE INTERNAMIENTO (ingreso actual)32.- Fecha de ingreso hospitalario: Dia Mes Año33.- Fecha de identificación: Dia Mes Año

34.- Servicio al que ingreso: _____

35.- Estado a su ingreso: Delicada Grave Muy Grave 36.- En este ingreso la paciente llegó : Sin Referencia Partera Consulta Externa en la misma unidad Primer nivel Otra Unidad Hospitalaria Otra Entidad

Pase al siguiente apartado

En caso de ser referida de otra unidad hospitalaria registre la unidad de la cual fue referida, si fue más de una registre como número 1 la más reciente

37.- Unidad de referencia 1: _____

38.- Institución de referencia: _____

39.- Unidad de referencia 2: _____

40.- Institución de referencia: _____

43.- Otra Entidad de referencia: _____

41.- Unidad de referencia 3: _____

42.- Institución de referencia: _____

Registre él o los principales Diagnósticos de Ingreso en caso de que solo sea uno, anule los renglones en blanco

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

Codificación CIE-10

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

Codificación CIE-10

44.- _____

45.- _____

46.- _____

47.- _____

V. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 48.- **ENFERMEDAD ESPECÍFICA:** SI NO Pase a la 54
- 49.- Pre-eclampsia severa: 50.- Eclampsia: 51.- Choque hipovolémico: 52.- Choque séptico: 53.- Lupus eritematoso sistémico:
- 54.- **FALLA ORGÁNICA:** SI NO Pase a la 63
- 55.- Cardiaca: 56.- Vascular: 57.- Coagulación: 58.- Hepático:
- 59.- Cerebral: 60.- Renal: 61.- Respiratorio: 62.- Metabólica:
- 63.- **MANEJO ESPECÍFICO:** SI NO Pase a la 79
- 64.- Ingreso a UCI
- 65.- Cirugía de emergencia: SI NO
- 66.- Histerectomía: 67.- Laparotomía: 68.- Legrado: 69.- Cesárea: 70.- Otra, cuál?: _____
- 71.- **Transfusión de más de 3 unidades:** SI NO
Tipo y numero de paquetes que recibió _____
- 72.- Glóbulos rojos: 73.- Plaquetas: 74.- Plasma fresco: 75.- Plasma congelado: 76.- Crioprecipitados: 77.- Sangre total: 78.- Factores de coagulación:

VI. ANTECEDENTES**RIESGO PRECONCEPCIONAL**

79.- La paciente presenta alguna comorbilidad SI NO Pase a la 83
(Sx. Metabólico, Obesidad, Desnutrición, Alergias, Hematológicos, ITS, Inmunológicos, Epilepsia,etc)

La paciente tiene antecedentes de :

83.- Tabaquismo 84.- Alcoholismo 85.- Uso de otras drogas 86.- Ninguna toxicomanía

Diagnóstico:

Codificación CIE-10

¿Cuál? 80.- _____

81.- _____

82.- _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: Escriba el número. Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores. En las opciones que la respuesta sea negativa registre "0"

Si la paciente cursa su primer embarazo marque NO APLICA Pase al siguiente apartado

- 87.- Número de embarazos 88.- Número de partos 89.- Número de cesáreas 90.- Número de abortos 91.- Embarazos ectópicos
- 92.- Embarazo Molar 93.- Productos Nacidos Vivos 94.- Productos Nacidos Muertos 95.- Periodo intergenésico (años)

Mencione si existen los siguientes antecedentes:

96.- Complicaciones en embarazos anteriores SI NO No aplica 97.- Si la respuesta es Afirmativa mencione en que embarazo se presentó

VII. EMBARAZO ACTUAL De las siguientes opciones registre solo aquellas que están o estuvieron presentes en el último embarazo

- 98.- Control prenatal: SI NO 99.- Semanas de gestación al inicio del control prenatal: 100.- Número de consultas de Control Prenatal:
- 101.- Momento de la complicación: Anteparto Intraparto Post parto 102.- Semanas de gestación al ingreso hospitalario:
- 103.- Semanas de gestación a la conclusión del embarazo 104.- Mencione como concluyó el embarazo: Aborto/Legrado Parto Parto instrumentado (forceps) Cesárea Continúa embarazada Pase a la 108
- 105.- Estado del recién nacido Vivo Muerto N/A 106.- Producto con malformaciones SI NO N/A 107.- Peso del RN: _____

VIII. DATOS DEL EGRESO:

108.- Fecha de egreso hospitalario: Dia Mes Año 109.- Días de estancia hospitalaria: 110.- Días de estancia en UCI:

111.- Motivo de egreso hospitalario:

Traslado por mejoría Traslado por complicación Alta voluntaria Alta por mejoría Defunción

113.- ¿Cuál?: _____

112.- La paciente egresó con método de Planificación: SI NO Pase a la 108 No aplica

114.- En caso de egreso por traslado: Unidad de referencia: _____ 115.- Institución de referencia: _____

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:

Causa _____

Codificación CIE-10

Causa

Codificación CIE-10

116.- _____

118.- _____

117.- _____

119.- _____

120.- Derivado de la Morbilidad Severa, quedó con alguna discapacidad?: SI NO

121.- Tipo de discapacidad?: Auditiva Motora Visual Mental Reproductiva Para comunicarse Aprendizaje Autocuidado

122.- EL CASO SE REVISÓ EN COMITÉ DE PREVENCIÓN Y ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA: SI NO

IX. OBSERVACIONES:

Nombre y firma del responsable del llenado

Fecha de elaboración:

Dia Mes Año