

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

Postgrado

07.- Ocupación:

08.- Escolaridad: Ninguna

Se ignora

completa

completa

completa

completa

completo

09.- Derechohabencia:

Seguro popular

IMSS

ISSSTE

PEMEX

Otra

Ninguna

10.- Fecha de nacimiento:

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:

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:

33.- Fecha de identificación:

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

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:

41.- Unidad de referencia 3:

42.- Institución de referencia:

43.- Otra Entidad 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

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.- Cardíaca: ☐ 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 número de paquetes que recibió

72.- Glóbulos rojos: 73.- Plaquetas: 74.- Plasma fresco: 75.- Plasma congelado: 76.- Crioprecipitados: 77.- Sangre total: 78.- Factores de coagulación:

RIESGO PRECONCEPCIONAL		Diagnóstico:	Codificación CIE-10
79.- La paciente presenta alguna comorbilidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pase a la 83 (Sx. Metabólico, Obesidad, Desnutrición, Alergias, Hematológicos, ITS, Inmunológicos, Epilepsia, etc)		¿Cuál ? 80.- _____	_____
La paciente tiene antecedentes de :		81.- _____	_____
83.-Tabaquismo <input type="checkbox"/> 84.-Alcoholismo <input type="checkbox"/> 85.-Uso de otras drogas <input type="checkbox"/> 86.- Ninguna toxicomanía <input type="checkbox"/>		82.- _____	_____

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 present

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: _____

108.- Fecha de egreso hospitalario: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td style="font-size: 8px;"></td> </tr> </table>					Día	Mes	Año		109.- Días de estancia hospitalaria: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			110.- Días de estancia en UCI: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
Día	Mes	Año												
111.- Motivo de egreso hospitalario: Traslado por mejoría <input type="checkbox"/> Traslado por complicación <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Alta por mejoría <input type="checkbox"/> Defunción <input type="checkbox"/>														
112.- La paciente egreso con método de Planificación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pase a la 108 No aplica <input type="checkbox"/>														
113.- ¿Cuál?: _____														
114.- En caso de egreso por traslado: Unidad de referencia: _____ 115.- Institución de referencia: _____														
DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:														
Causa 116.- _____ 117.- _____	Codificación CIE-10 _____ _____	Causa 118.- _____ 119.- _____												
120.-Derivado de la Morbilidad Severa, quedó con alguna discapacidad?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														
121.-Tipo de discapacidad?: Auditiva <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Reproductiva <input type="checkbox"/> Para comunicarse <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/>														
122.-EL CASO SE REVISÓ EN COMITÉ DE PREVENCIÓN Y ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														

Nombre y firma del responsable del llenado

Fecha de elaboración:

Día		Mes		Año			