



0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID

**Banco Interamericano de Desarrollo****Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)****Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud**

Question: DATSTAT_ALTPID
Required



ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_OBSTETRIC

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_FACILITY_ID, MRR_FAC_ID, MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT

Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a la madre, salvo que se especifique de otra forma

Page Break

Question: MRR_FACILITY_ID

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Comitancillo / Comitancillo	
2	Concepción Tutuapa / Concepción Tutuapa	
3	Sibinal / Sibinal	
4	Tajumulco / Tajumulco	
5	Ixchiguan / Ixchiguan	
6	San José Ojetenam / San José Ojetenam	
7	Santiago Chimaltenango / San Pedro Necta	
8	San Idelfonso Ixtahuacán / San Idelfonso Ixtahuacán	
9	Santa Barbara / Santa Barbara	
10	San Miguel Acatán / San Miguel Acatán	
11	Todos Santos Cuchumatan / Todos Santos Cuchumatan	
12	San Juan Atitan / San Juan Atitan	
13	San Mateo Ixtatán / San Mateo Ixtatán	
14	Colotenango / Colotenango	
15	San Sebastian Huehuetenango / San Sebastian Huehuetenango	
16	San Rafael Petzal / San Rafael Petzal	
17	San Gaspar Ixchil / San Gaspar Ixchil	
18	San Miguel Ixtlahuacán / San Miguel Ixtlahuacán	
19	Tacaná / Tacaná	
20	La Reforma / La Reforma	
21	San Lorenzo / San Lorenzo	
22	Nuevo Progreso / Nuevo Progreso	
23	San Rafael la Independencia / San Rafael la Independencia	
24	Barillas / Santa Cruz Barillas	
25	Santiago Chimaltenango / Santiago Chimaltenango	
26	Hospital Nacional de San Marcos	
27	Hospital Regional de Quetzaltenango	
28	Hospital Nacional de Malacatan	
29	Hospital Distrital de San Pedro Necta	
30	Hospital Nacional de Huehuetenango	
31	El Zapote / San Miguel Ixtahuacán	
32	Santa Eulalia / Santa Eulalia	
33	Lajchunaj / Santa Eulalia	
34	Wayacoy / Santa Eulalia	
35	Nueva Esperanza / Barillas	
36	San Sebastian Coatan / San Sebastian Coatan	
37	Chacolín / Barillas	
38	Buena Vista / Nuevo Progreso	
39	Palajachuj / San Sebastian Huehuetenango	
40	San Jose Pueblo Nuevo / San Sebastian Coatan	
41	Jolomtaj / Barillas	
42	San Rafael Tacana / Tacaná	
43	Istinajap / San Rafael la Independencia	
44	Tuichan / Ixchiguan	
45	Tuimuj / Comitancillo	
46	Pueblo Nuevo / Tajumulco	
47	Belajuyape / Concepción Tutuapa	
48	El Papal / San Idelfonso Ixtahuacán	
49	San Rafael Iguil / San José Ojetenam	
50	Tuiladrillo / Ixchiguan	
51	Choanla / San José Ojetenam	
52	San Andres / Ixchiguan	
53	Tuimuca / Concepción Tutuapa	
54	Bulej / San Mateo Ixtatán	
55	Tuilelén / Comitancillo	
56	Taquina / San Miguel Atacán	
57	Tuizmo / Concepción Tutuapa	
58	Yolcultac / San Mateo Ixtatán	
59	Michicoy / San Pedro Necta	
60	SanMartin / Todos Santos Cuchumatan	
61	La Laguna / Concepción Tutuapa	
62	Yamoj / Concepción Tutuapa	
63	Choapequez / Ixchiguan	
64	Ixconlaj / Colotenango	
65	Canul / San Miguel Acatán	
66	Tuquinamble / Ixchiguan	
67	Checambá / Sibinal	
68	Tuichuna / Concepción Tutuapa	
69	Chicajalaj / Comitancillo	
70	Lacandon / Concepción Tutuapa	
71	Chenicham III / San Miguel Acatán	
72	Ixquisis / San Mateo Ixtatán	
73	Buena Vista / Concepción Tutuapa	
74	Porvenir Candelaria / Comitancillo	
75	Totaná / Tajumulco	
76	Quixic II / San Miguel Acatán	
77	Unidad Movil 284-2013 / Tacana	

78	Unidad Movil 315-2013 / Tacana	
79	Unidad Movil 285-2013 / Tacana	
80	Unidad Movil 341-2013 / Santa Cruz Barillas	
81	Unidad Movil 293-2013 / Tajumulco	
82	Unidad Movil 352-2013 / San Rafael Petzal	
83	Unidad Movil 336-2013 / San Mateo Ixtatán	
84	Unidad Movil 356-2013 / Santa Barbara	
85	Unidad Movil 378-2013 / Todos Santos Cuchumatán	
86	Unidad Movil 335-2013 / San Miguel Acatán	
87	Unidad Movil 292-2013 / Tajumulco	
88	Unidad Movil 321-2013 / San Miguel Acatán	
89	Unidad Movil 337-2013 / San Miguel Ixtatán	
90	Unidad Movil 344-2013 / San Miguel Ixtatán	
91	San Ramón / Huehuetenango	
92	Nuca / Huehuetenango	
93	Yulatzú / Huehuetenango	
94	Unidad Movil 324-2013 / Huehuetenango	
95	Unidad Movil 323-2013 / Huehuetenango	
96	Tuichoquel / San Marcos	
97	La Torre Tuichilupe / San Marcos	
98	Unidad Movil 291-2013 / San Marcos	
99	Unidad Movil 290-2013 / San Marcos	
100	Antiguo Tutuapa / San Marcos	
101	Soche / San Marcos	
102	Los Encuentros / San Marcos	
103	Tuijoj / San Marcos	
104	San Antonia Ixchiguan / San Marcos	
105	Calapte / San Marcos	
106	Once de Mayo / San Marcos	
107	Bexoncan / San Marcos	
108	Unidad Movil 295-2013 / San Marcos	
109	Unidad Movil 294-2013 / San Marcos	
110	Santa Clara / San Marcos	
111	San Jose Ixtal / San Marcos	
112	Unidad Movil 311-2013 / San Marcos	
113	El Triunfo / San Marcos	
114	Sicabe Bella Vista / San Marcos	
115	El Salitre / San Marcos	
116	Chuená / San Marcos	
117	Tierra Colorada / Huehuetenango	
118	Acal / Huehuetenango	
119	Chiquililla / Huehuetenango	
120	Unidad Movil 380-2013 / Huehuetenango	
121	Unidad Movil 325-2013 / Huehuetenango	
122	Pavolaj / San Marcos	
123	San Fernando / San Marcos	
124	Esquipulas / San Marcos	
125	Laguna Grande / San Marcos	
126	Unidad Movil 353-2013 / Huehuetenango	
127	Unidad Movil 354-2013 / Huehuetenango	
128	Río Blanco / San Marcos	
129	Santa Rosa / San Marcos	
130	Cerro Grande / San Marcos	
131	Ixlahuitz Coyá II / Huehuetenango	
132	San Sebastian Coatan / Huehuetenango	
133	Unidad Movil 317-2013 / San Marcos	
134	Unidad Movil 357-2013 / Huehuetenango	
135	Unidad Movil 358-2013 / Huehuetenango	
136	Unidad Movil 365-2013 / Huehuetenango	
137	Unidad Movil 322-2013 / Huehuetenango	
138	Sheshap / Huehuetenango	
139	Unidad Movil 350-2013 / Huehuetenango	
140	Unidad Movil 351-2013 / Huehuetenango	
141	Unidad Movil 355-2013 / Huehuetenango	
142	Unidad Movil 339-2013 / Huehuetenango	
143	Unidad Movil 340-2013 / Huehuetenango	
144	Unidad Movil 320-2013 / Huehuetenango	
145	Unidad Movil 319-2013 / Huehuetenango	
146	Sacpic / Huehuetenango	
147	Cruz Quemada / Huehuetenango	
148	Ixcana / Huehuetenango	
149	Quixabaj / Huehuetenango	
150	Michicoy / Huehuetenango	
151	Chocabj / San Marcos	
152	San Antonio Barranca / San Marcos	
153	Maria Cecilia / San Marcos	
154	Unidad Movil 318-2013 / San Marcos	
155	Unidad Movil 314-2013 / San Marcos	
156	La Esperanza / San Marcos	
157	San Pablo Toaca / San Marcos	
158	Tojcheche / San Marcos	
159		

	Sajqim / San Marcos	
160	Canchicupe / San Marcos	
161	San José la Paz / San Marcos	
162	Tocuto / San Marcos	
163	Champache / San Marcos	
164	Unidad Movil 288-2013 / San Marcos	
165	Unidad Movil 289-2013 / San Marcos	
999	Otro	




1. Identificación del centro:

-- Seleccione uno --




Auto Page Break

Question: MRR_FAC_ID
Required
Show if: (MRR_FACILITY_ID = 999:[Otro])

 2. Identificación del unidad médica:

Question: MRR_DATE
Required


 3. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required


 4. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

 5. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro Comunitario de salud / Puesto de salud y Unidad Mínima de salud	
2	Centro de Salud	
3	CAP / CAIMI	
4	Hospital	

 6. Tipo de unidad médica

- ☐ Centro Comunitario de salud / Puesto de salud y Unidad Mínima de salud
☐ Centro de Salud
☐ CAP / CAIMI
☐ Hospital

Page Break

Collection: MRR_OBSTETRIC
Contains: MATERNAL_COMPLICATIONS
Show if: (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Collection: MATERNAL_COMPLICATIONS
Contains: MRR_WOM_DEL_COMP, MRR_GENERAL, SEPSIS, HEMORRHAGE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA

Complicaciones maternas


Question: MRR_WOM_DEL_COMP
Minimum checks: 1



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

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

Page Break

Collection: MRR_GENERAL**Contains:** MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_EDU, MRR_MAR_STAT, WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL**Question:** MRR_AGE
Required 8. Edad:

-1 = no registrada

Question: MRR_LITERACY
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	

 9. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_EDU
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Preparatoria	
5	Universidad	
-1	No registrado	

 10. Educación

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

Question: MRR_MAR_STAT
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada(o)	
2	Unión libre	
3	Soltera(o)	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 11. Estado civil

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

Question: WOM_ADM_DATE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	


 12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

Question: WOM_ADM_TIME
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

○

Question: WOM_GESTAGE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	



14. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

15. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
- ☐ Asfixia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Prematurez
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones

Page Break

Collection: SEPSIS
Contains: SEP_BASIC, SEP_COMPLETE
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Sepsis])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con sepsis.

Collection: SEP_BASIC
Contains: WOM_SEP_BASIC_MEDICATIONS, WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION, WOM_SEP_BASIC_REF_REAS, WOM_SEP_BASIC_DIS_DATE, WOM_SEP_BASIC_DIS_TIME, WOM_SEP_BASIC_DEATH_DATE, WOM_SEP_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_CHECK1

16.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_CHECK2

17.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fluido vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Loquios con mal odor	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_LAB

18.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10^9/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_MED

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

(especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			mg/kg		
Otro medicamento	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="text"/>		mg/kg		

Page Break

Question: WOM_SEP_BASIC_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMI = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



21. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_SEP_BASIC_REF_REAS**Required****Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

22. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



23. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



24. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_BASIC_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



25. Fecha de defunción

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



26. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: SEP_COMPLETE

Contains: WOM_SEP_COMP_CAUSE, WOM_SEP_COMP_PROCEDURES, WOM_SEP_COMP_MEDICATIONS, WOM_SEP_COMP_DISPOSITION, WOM_SEP_COMP_REF_REAS, WOM_SEP_COMP_DIS_DATE, WOM_SEP_COMP_DIS_TIME, WOM_SEP_COMP_DEATH_DATE, WOM_SEP_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_COMP_CHECK

27.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_SEP_COMP_CAUSE
Minimum checks: 1

28. Anote la razón de la sepsis (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados
- ☐ Perforación uterina
- ☐ Corioamnionitis
- ☐ Abscesos
- ☐ Embarazos ectopicos infectados
- ☐ Pelvipertonitis
- ☐ Desgarro de canal vaginal
- ☐ Episiotomía infectada
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

29. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
- ☐ Revisión de cavidad uterina
- ☐ Parto normal
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_SEP_COMP_MED

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

Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: WOM_SEP_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: (((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1)))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐

Si

☐

No

Question: WOM_SEP_COMP_DISPOSITION

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

32. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

☐

Murió en el hospital

☐

Egresó para su casa

☐

Transferida a otra unidad médica

☐

Egresó contra las indicaciones médicas

☐

Desconocido

☐

Otra (especificar):

☐

No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_SEP_COMP_REF_REAS**Required****Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

33. Razón por la que fue referida:

☐ Alta temperatura☐ Alta cuenta leucocitaria☐ Sangrado☐ Loquios☐ Otro ☐ No registrado**Question:** WOM_SEP_COMP_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



34. Fecha de egreso/referencia

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)☐ No registrado**Question:** WOM_SEP_COMP_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



35. Hora de egreso/referencia

☐ Hora: (HH:MM)☐ No registrado**Question:** WOM_SEP_COMP_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



36. Fecha de defunción

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)☐ No registrado**Question:** WOM_SEP_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



37. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)☐ No registrado

Page Break

Collection: HEMORRHAGE
Contains: HEM_BASIC, HEM_COMPLETE
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Hemorragia])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con hemorragia.

Collection: HEM_BASIC
Contains: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS, WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION, WOM_HEM_BASIC_REF_REAS, WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE, WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME, WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE, WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_CHECK1

38.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_CHECK2

39.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_MED

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

Page Break

Question: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** (((WOM_HEM_BASIC_MED_OUT_NAME = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



42. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_HEM_BASIC_REF_REAS**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

43. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



44. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



45. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



46. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



47. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: HEM_COMPLETE**Contains:** WOM_HEM_COMP_CAUSE, WOM_HEM_COMP_PROCEDURES, WOM_HEM_COMP_MEDICATIONS, WOM_HEM_COMP_DISPOSITION, WOM_HEM_COMP_REF_REAS, WOM_HEM_COMP_DIS_DATE, WOM_HEM_COMP_DIS_TIME, WOM_HEM_COMP_DEATH_DATE, WOM_HEM_COMP_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_CHECK1

48.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>				
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>				
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>				

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_CHECK2

49.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_LAB

50.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		segundo		
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		segundo		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		×10 ⁹ /L		
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>				
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>				
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>				

Question: WOM_HEM_COMP_CAUSE**Minimum checks:** 1

51. Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto complicado
- ☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios
- ☐ Placenta previa
- ☐ Desprendimiento prematuro de placenta
- ☐ Ruptura uterina
- ☐ Atonía uterina
- ☐ Embarazo ectópico
- ☐ Desgarros cervicales
- ☐ Desgarros de canal vaginal
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_PROCEDURES**Minimum checks:** 1

52. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
- ☐ Legrado / revisión de cavidad uterina
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación o sutura

- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_MED

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

Page Break

Question: WOM_HEM_COMP_MEDICATIONS**Required****Show if:** (((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OXI = 1) and ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1)))) or ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_HEM_COMP_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



55. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_HEM_COMP_REF_REAS**Required****Show if:** (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

56. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_HEM_COMP_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



57. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_HEM_COMP_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



58. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



59. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



60. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: PRE-ECLAMPSIA
Contains: PRE_BASIC, PRE_COMP
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Pre-eclampsia severa])

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia

Collection: PRE_BASIC
Contains: WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS, WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION, WOM_PRE_BASIC_REF_REAS, WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE, WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME, WOM_PRE_BASIC_DEATH_DATE, WOM_PRE_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_CHECK

61.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_LAB

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

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración


Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_MED

63.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** (((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

 65. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_PRE_BASIC_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

66. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



67. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



68. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_BASIC_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



69. Fecha de defunción

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



70. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: PRE_COMP**Contains:** WOM_PRE_COMP_MEDICATIONS, WOM_PRE_COMP_RESULT, WOM_PRE_COMP_DISPOSITION, WOM_PRE_COMP_REF_REAS, WOM_PRE_COMP_DIS_DATE, WOM_PRE_COMP_DIS_TIME, WOM_PRE_COMP_DEATH_DATE, WOM_PRE_COMP_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_CHECK1

71.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_CHECK2

72.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_LAB1

73.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartar-amino transferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dehidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_LAB2

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

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_MED

75.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	----------------------	-------	--------------------	--------------

Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		gr		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: WOM_PRE_COMP_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1)))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_PRE_COMP_RESULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	



77. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



78. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_PRE_COMP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

79. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_PRE_COMP_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



80. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_PRE_COMP_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



81. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



82. Fecha de defunción

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

Question: WOM_PRE_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



83. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: ECLAMPSIA
Contains: ECL_BASIC, ECL_COMP
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Eclampsia])

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.

Collection: ECL_BASIC
Contains: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS, WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION, WOM_ECL_BASIC_REF_REAS, WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE, WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME, WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE, WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_CHECK

84.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_LAB

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

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_MED

86.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** (((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



88. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_ECL_BASIC_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

89. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar:)])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



90. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar:)])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



91. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



92. Fecha de defunción

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



93. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: ECL_COMP**Contains:** WOM_ECL_COMP_MEDICATIONS, WOM_ECL_COMP_RESULT, WOM_ECL_COMP_DISPOSITION, WOM_ECL_COMP_REF_REAS, WOM_ECL_COMP_DIS_DATE, WOM_ECL_COMP_DIS_TIME, WOM_ECL_COMP_DEATH_DATE, WOM_ECL_COMP_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_CHECK1

94.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_CHECK2

95.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_LAB1

96.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartar-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deshidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_LAB2

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

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_MED

98.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	----------------------	-------	--------------------	--------------

Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		gr		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: WOM_ECL_COMP_MEDICATIONS**Required**

Show if: (((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1)))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_ECL_COMP_RESULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	



100. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
- ☐ Parto vaginal
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



101. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Auto Page Break

Question: WOM_ECL_COMP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

102. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_ECL_COMP_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



103. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_ECL_COMP_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



104. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



105. Fecha de defunción

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

Question: WOM_ECL_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



106. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA
Required

 107. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat