



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_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, DEPT_ID, MUNICIPAL_ID, FACILITY_ID

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

Question: MRR_DATE

Required



1. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1

Required



2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	CMI	
4	Hospital	



4. Tipo de unidad médica

- ☐ CMI
☐ Hospital

Question: DEPT_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
2	Copán	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocotepeque	
6	Olancho	
995	Otro	



5. Identificación del Departamento:

- ☐ Choluteca
☐ Copán

- ☐ Intibucá
- ☐ La Paz
- ☐ Lempira
- ☐ Ocotepeque
- ☐ Olancho
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Question: MUNICIP_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cabañas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
24	Choluteca	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
2	Cololaca	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
3	Concepción	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
4	Concepción de Maria	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
5	Copán Ruinas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
6	Dulce Nombre de Culmí	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
7	Duyure	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
8	Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
21	Intibucá	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
25	Juticalpa	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
22	La Paz	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
9	Magdalena	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
10	San Antonio, COPÁN	(DEPT_ID = 2:[Copán])
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
23	San Marcos	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
12	San Jeronimo	(DEPT_ID = 2:[Copán])
13	San Juan Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
14	San Marcos de Colon	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
15	Santa Lucía	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
16	Santa Rita	(DEPT_ID = 2:[Copán])
17	Santiago de Puringa	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
18	Tambla	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
19	Tomalá	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
20	Valladolid	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
995	Otro	

6. Identificación del Municipio:

- ☐ Cabañas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Paz
- ☐ Magdalena
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Marcos
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santiago de Puringa
- ☐ Tambla
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Question: FACILITY_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
102	Agua Caliente	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
103	Alta Barandilla	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
64	Buenos Aires	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
12	Cabañas	(MUNICIP_ID = 1:[Cabañas])
10	Caire	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
104	Callas	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
35	Cedritos	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
54	Cerro	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
200	Chinquín	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
38	Cololaca Centro	(MUNICIP_ID = 2:[Cololaca])
25	Concepción (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
118	Concepción (CMI)	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
125	Concepción de Maria (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
115	Concepción de Maria (CMI)	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
107	Cuajinicuil	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
50	Culmí (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
155	Culmí (CMI)	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
6	Duyure	(MUNICIP_ID = 7:[Duyure])
8	Duyusupo	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
108	Guarita	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
34	Hornitos	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
170	Hospital Área La Esperanza	(MUNICIP_ID = 21:[Intibucá])
171	Hospital de Área de La Paz	(MUNICIP_ID = 22:[La Paz])
172	Hospital de Área San Marcos Ocotepeque	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
174	Hospital Regional San Francisco	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
173	Hospital Regional del Sur (Choluteca)	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
27	Jiquinlaca	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
51	La Colonia	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
23	La Esperanza	(MUNICIP_ID ≠ 12:[San Jeronimo])
88	La Guaruma	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
3	La Majada	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
65	La Nueva Esperanza	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
17	Las Flores	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
56	Las Marias	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
4	Madrigales	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
28	Magdalena	(MUNICIP_ID = 9:[Magdalena])
39	Malsincales Centro	(MUNICIP_ID = 2:[Cololaca])
16	Nueva Armenia	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
36	Ocotol	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
109	Olosingo	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
110	Otuta	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
0	Pacon	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
1	Palo Solo	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
52	Pisijire	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
53	Pueblo Viejo	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
150	Regional de Occidente (Hospital)	(DEPT_ID = 2:[Copán])
111	Rio Amarillo	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
13	Rio Negro	(MUNICIP_ID = 1:[Cabañas])
29	San Antonio	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
37	San Antonio De Santiago	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
2	San Benito Nuevo	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
48	San Critobal Centro	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
9	San Francisco	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
140	San Jeronimo (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 12:[San Jeronimo])
22	San Jeronimo (CESAR)	(MUNICIP_ID ≠ 12:[San Jeronimo])
21	San Joaquin	(MUNICIP_ID = 10:[San Antonio, COPÁN])
31	San José	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
153	San Juan Guarita (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
152	San Juan Guarita (CESAR)	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
7	San Marcos (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
116	San Marcos de Colon (CMI)	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
19	San Miguel Virginia	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
32	Santa Lucía (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
119	Santa Lucía (CMI)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
24	Santa Rita (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
117	Santa Rita (CMI)	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
101	Santa Rita (Santa Lucía)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
30	Santa Teresa	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
33	Santiago de Puringla (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
151	Santiago de Puringla (CMI)	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
154	Sazalapa	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
59	Subirana	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])

46	Tambla (CESAR)	(MUNICIP_ID = 18:[Tambla])
120	Tambla (CMI)	(MUNICIP_ID = 18:[Tambla])
168	Terlaca	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
5	Terrero	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
157	Tomalá (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
156	Tomalá (CESAR)	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
11	Trapiche	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
167	Valladolid (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 20:[Valladolid])
49	Valladolid (CESAR)	(MUNICIP_ID = 20:[Valladolid])
62	Yorito	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
995	Otro	



7. Identificación de la Unidad:

- ☐ Agua Caliente
- ☐ Alta Barandilla
- ☐ Buenos Aires
- ☐ Cabañas
- ☐ Caire
- ☐ Callas
- ☐ Cedritos
- ☐ Cerro
- ☐ Chinquin
- ☐ Cololaca Centro
- ☐ Concepción (CESAMO)
- ☐ Concepción (CMI)
- ☐ Concepción de Maria (CESAMO)
- ☐ Concepción de Maria (CMI)
- ☐ Cuajinicuil
- ☐ Culmí (CESAMO)
- ☐ Culmí (CMI)
- ☐ Duyure
- ☐ Duyusupo
- ☐ Guarita
- ☐ Hornitos
- ☐ Hospital Área La Esperanza
- ☐ Hospital de Área de La Paz
- ☐ Hospital de Área San Marcos Ocotepeque
- ☐ Hospital Regional San Francisco
- ☐ Hospital Regional del Sur (Choluteca)
- ☐ Jiquinlaca
- ☐ La Colonia
- ☐ La Esperanza
- ☐ La Guaruma
- ☐ La Majada
- ☐ La Nueva Esperanza
- ☐ Las Flores
- ☐ Las Marias
- ☐ Madrigales
- ☐ Magdalena
- ☐ Malsincales Centro
- ☐ Nueva Armenia
- ☐ Ocotal
- ☐ Olosingo
- ☐ Otuta
- ☐ Pacon
- ☐ Palo Solo
- ☐ Pisijire
- ☐ Pueblo Viejo
- ☐ Regional de Occidente (Hospital)
- ☐ Rio Amarillo
- ☐ Rio Negro
- ☐ San Antonio
- ☐ San Antonio De Santiago
- ☐ San Benito Nuevo
- ☐ San Critobal Centro
- ☐ San Francisco
- ☐ San Jeronimo (CESAMO)
- ☐ San Jeronimo (CESAR)
- ☐ San Joaquin
- ☐ San José
- ☐ San Juan Guarita (CESAMO)
- ☐ San Juan Guarita (CESAR)

- ☐ San Marcos (CESAMO)
- ☐ San Marcos de Colon (CMI)
- ☐ San Miguel Virginia
- ☐ Santa Lucía (CESAMO)
- ☐ Santa Lucia (CMI)
- ☐ Santa Rita (CESAMO)
- ☐ Santa Rita (CMI)
- ☐ Santa Rita (Santa Lucia)
- ☐ Santa Teresa
- ☐ Santiago de Puringla (CESAMO)
- ☐ Santiago de Puringla (CMI)
- ☐ Sazalapa
- ☐ Subirana
- ☐ Tambla (CESAR)
- ☐ Tambla (CMI)
- ☐ Terlaca
- ☐ Terrero
- ☐ Tomalá (CESAMO)
- ☐ Tomalá (CESAR)
- ☐ Trapiche
- ☐ Valladolid (CESAMO)
- ☐ Valladolid (CESAR)
- ☐ Yorito
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break


Collection: MRR Obstetric
Contains: MATERNAL_COMPLICATIONS
Show if: (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 3:[CMI] 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

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

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

Auto Page Break

Jump-To: JMP3
Description:
Jump-To-Item: NO_COMPL
Jump-If: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Ninguna])


Collection: MRR_GENERAL
Contains: WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, MRR_AGE, MRR_MAR_STAT, MRR_LITERACY, MRR_ETHNICITY, MRR_AREA, MRR_EDU, WOM_DEPT_ID, WOM_MUNICIP_ID, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL

Question: WOM_ADM_DATE

Required

Scale Summary

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

 9. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión/ ingreso:


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

Question: WOM_ADM_TIME

Required

Scale Summary

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

 10. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break


Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde el nacimiento ocurrió entre 01/02/2012 - 31/02/2014.

Jump-To: JMP2
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: (DATE_ELEGIBILITY_2014 = 0) or (DATE_ELEGIBILITY_2012 = 0)

Question: MRR_AGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0	no registrada	


 11. Edad:

- ☐
- ☐ no registrada

Question: MRR_MAR_STAT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Soltera	
1	Casada	
7	Unión estable	
5	Divorciada	
6	Viuda	
2	Acompañada	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	


 12. Estado civil/ familiar:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: MRR_LITERACY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	


 13. Lee y escribe:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mestiza	
2	Indigena	
5	Negra	
3	Blanca	
4	Otro	
-1	No registrado	

 14. Etnia:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indigena
- ☐ Negra
- ☐ Blanca
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: MRR_AREA

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Urban	
2	Rural	
-1	No registrado	



15. Área:

- ☐ Urban
☐ Rural
☐ 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	



16. Estudios:

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

Question: WOM_DEPT_ID**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
2	Copán	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocatepeque	
6	Olancho	
995	Otro	




17. ¿De cual departamento viene la mujer?

- ☐ Choluteca
☐ Copán
☐ Intibucá
☐ La Paz
☐ Lempira
☐ Ocotepeque
☐ Olancho
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

Question: WOM_MUNICIP_ID**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cabañas	(Error!)
2	Cololaca	(Error!)
3	Concepción	(Error!)
4	Concepción de Maria	(Error!)
5	Copán Ruinas	(Error!)
6	Dulce Nombre de Culmí	(Error!)
7	Duyure	(Error!)
8	Guarita	(Error!)
21	Intibucá	(Error!)
22	La Paz	(Error!)
9	Magdalena	(Error!)
10	San Antonio, COPÁN	(Error!)
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(Error!)
23	San Marcos	(Error!)
12	San Jeronimo	(Error!)
13	San Juan Guarita	(Error!)
14	San Marcos de Colon	(Error!)
15	Santa Lucía	(Error!)
16	Santa Rita	(Error!)
17	Santiago de Puringa	(Error!)
18	Tambla	(Error!)
19	Tomalá	(Error!)
20	Valladolid	(Error!)
995	Otro	

 18. ¿De cual municipio viene la mujer?

- ☐ Cabañas
- ☐ Cololaca
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ La Paz
- ☐ Magdalena
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Marcos
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santiago de Puringa
- ☐ Tambla
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: WOM_GESTAGE**Required**

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

 19. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL**Minimum checks:** 1 20. 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

Jump-To: JUMPTO_END
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Ninguna])

Collection: SEPSIS
Contains: 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_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) or (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_COMP_CHECK

21.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso/frecuencia cardiaca	<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"/>

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_COMP_LAB

22.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Conteo de leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ³ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_SEP_COMP_CAUSE
Minimum checks: 1

23. 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

24. 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

25.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>

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_OAN1 = 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))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

26. ¿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	

27. 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

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

28. Razón por la que fue referida:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ 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	



29. 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	



30. 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	



31. 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	



32. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: HEMORRHAGE
Contains: 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_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) or (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_COMP_CHECK

33.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso/frecuencia cardiaca	<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"/>

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

34.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> $\times 10^3/L$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrito	<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"/>

Question: WOM_HEM_COMP_CAUSE
Minimum checks: 1

35. 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

36. 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_MED1

37. Administrado Dosis Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato de Ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_MED2

38. Administrado Dosis Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

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

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	

39. ¿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	

40. 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

Page Break

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

41. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
- ☐ Baja hemoglobina
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ 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	



42. 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	



43. 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	



44. 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	



45. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: PRE-ECLAMPSIA
Contains: 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_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) or (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_COMP_CHECK1

46.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Reflejo patelar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso/frecuencia cardiaca	<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 (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

47.	Registrado	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"/>

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

48.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ³ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartato transaminasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-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 lactica	<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"/>

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

49.	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

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

50.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

51. ¿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	

52. 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	

53. 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

Page Break

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

54. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ 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	



55. 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	



56. 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	



57. 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	



58. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

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

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.

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 = 3) or (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

59.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso/frecuencia cardiaca	<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"/>

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

60.	Registrado	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"/>

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

61.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartato transaminasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deshidrogenasa lactica	<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

62.	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

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

63.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dexametasone

☐

Otro antihipertensivo (especificar)

☐


Otro medicamento (especificar)

☐
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	

 64. ¿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	

 65. 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	

 66. 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

Page Break

Question: WOM_ECL_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

 67. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ 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	

 68. 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	

 69. 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	

 70. 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	

 71. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA



72. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Page Break

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

Page Break

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