



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 828

POR LA CUAL SE DISPONE LA IMPLEMENTACIÓN DEL **SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP)** Y SE ESTABLECE LA UTILIZACIÓN DE LA HOJA DE HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE, SUS FORMULARIOS COMPLEMENTARIOS Y EL CARNÉ PERINATAL EN TODOS LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS CON ATENCIÓN MATERNO INFANTIL, DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 25 de noviembre de 2002

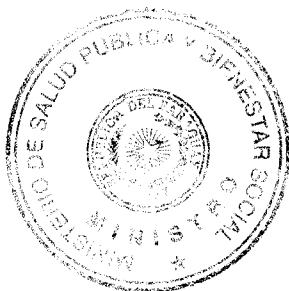
VISTA:

La nota D.G.P.S. N° 507/02 de fecha 20 de noviembre de 2002, por la cual la Dirección General de Programas de Salud solicita la implementación del Sistema Informático Perinatal y la utilización de la hoja de historia clínica perinatal base, sus formularios complementarios y el carné perinatal en todos los servicios hospitalarios con atención materno infantil, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

CONSIDERANDO:

Que las estrategias regionales de salud, trazadas por los gobiernos de los países miembros de la OPS/OMS, plantean un gran desafío al continente americano. Los esfuerzos del sector salud deben estar orientados tanto a aumentar la cobertura como a garantizar la calidad de las prestaciones que brinda. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios que necesita, como columna vertebral, un sistema de información adecuado. Este sistema debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de información que garanticen a quien atiende el caso, que todos los antecedentes necesarios para el correcto manejo estén en su poder, en el lugar y momento en que lo haga.

Que la riqueza de datos contenidos en la Historia Clínica permite constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, como para evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones epidemiológicas, como por ejemplo, la selección y ponderación de los factores de riesgo. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos, y que sean factibles de ser utilizados por los propios usuarios.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 828

25 de noviembre de 2002
Hoja N° 2

Que el Sistema Informático Perinatal (SIP), ideado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP - OPS/OMS), está constituido por la Historia Clínica Perinatal Base (HCP - B), con sus Formularios Complementarios y el Carné Perinatal (CP);

Que la Historia Clínica deberá facilitar la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo; y

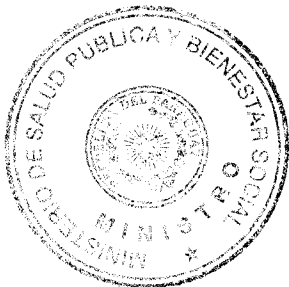
Que los servicios de atención deben, además, contar con información precisa y oportuna para la toma de decisiones.

POR TANTO, en uso de sus atribuciones;

**EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1°. Disponer la implementación del **Sistema Informático Perinatal (SIP)** constituido por la Historia Clínica Perinatal Base (HCP-B) con sus Formularios Complementarios y el Carné Perinatal (CP); así como su utilización en todos los Servicios Hospitalarios con Atención Materno - Infantil, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

ARTÍCULO 2°. Comunicar a quienes corresponda y cumplida, archivar.



**DR. MARTÍN ANTONIO CHIOLA V.
MINISTRO**



CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL										EDAD		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN)																																																																							
NOMBRE _____										años		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ning. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/>		casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/>		LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)																																																																							
DOMICILIO _____										menores de 15 <input type="checkbox"/> mayores de 35 <input type="checkbox"/>		prim. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/>		soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		NUMERO H.C.																																																																									
LOCALIDAD _____ TELEFONO _____																																																																																									
ANTECEDENTES PERSONALES										OBSTETRICOS																																																																															
FAMILIARES					PERSONALES					gestas					aborts					vaginales					nacidos vivos					viven					fin anterior embarazo																																																						
diabetes <input type="checkbox"/>					TBC <input type="checkbox"/>					ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/>					partos					cesáreas					nacidos muertos					muertos 1ra. sem.					RN con mayor peso																																																						
TBC pulmonar <input type="checkbox"/>					diabetes <input type="checkbox"/>					algun RN menor de 2500 gr. <input type="checkbox"/>																																																																															
hipertención <input type="checkbox"/>					hipertención <input type="checkbox"/>					generales <input type="checkbox"/>																																																																															
gemelares <input type="checkbox"/>					otros <input type="checkbox"/>																																																																																				
otros <input type="checkbox"/>																																																																																									
EMBARAZO ACTUAL										HOSPITALIZACION EN EMBARAZO																																																																															
PESO ANTERIOR _____ Kg					TALLA (cm) _____					DUDAS <input type="checkbox"/>					ANTITETANICA previa <input type="checkbox"/>					GRUPO Rh <input type="checkbox"/>					FUMA <input type="checkbox"/>					ALCOHOL <input type="checkbox"/>					DROGAS <input type="checkbox"/>					LUGAR DE TRASLADO _____																																																	
EX.CLINICO normal <input type="checkbox"/>					EX.MAMA normal <input type="checkbox"/>					EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/>					PELVIS normal <input type="checkbox"/>					PAPANIC normal <input type="checkbox"/>					COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/>					CERVIX normal <input type="checkbox"/>					VDRL <input type="checkbox"/>					Hb <input type="checkbox"/>																																																	
fecha de la consulta					semanas de amenorrea					Peso (Kg)					tensión arterial máx./mín. (mm Hg)					Alt. uterina / C.F. (lat/min.)					presen. / mov. fetal																																																																
PARTO ABORTO										CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES										INGRESO										EDAD GEST										PRES										TAMAÑO FETAL ACORDE										INICIO										MEMBRANAS																			
Responsable del ingreso _____										en el hosp. <input type="checkbox"/>										temperatura _____ °C										menor 37 <input type="checkbox"/>										cel. <input type="checkbox"/>										Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										esp <input type="checkbox"/>										fecha de ruptura																			
hora _____										INGRESO _____										menor 37 <input type="checkbox"/>										menor 41 <input type="checkbox"/>										pelv. <input type="checkbox"/>										Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										ind <input type="checkbox"/>										hora _____																			
tensión arterial máx./mín. (mm Hg)										contracciones frec./10 min./dur.seg										altura / var. posic.										F.C.F. / F.C.mat. (latidos/min.)										dilat. cerv. / meconio										ninguna <input type="checkbox"/>										orden otras infecciones <input type="checkbox"/>										anemia crónica <input type="checkbox"/>																			
TERMINACION										INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO INDUCCION										NIVEL DE ATENCION										ATENDIO										PARTO										NEONATO										NOMBRE										NOMBRE																			
espont. <input type="checkbox"/>										hora _____										3° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/>										médico <input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										N° H.C. RN _____																			
MUERTE Intraut. <input type="checkbox"/>										EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/>										ALUMB. espontáneo <input type="checkbox"/>										PLACENTA completa <input type="checkbox"/>										PARTO <input type="checkbox"/>										NEONATO <input type="checkbox"/>										NOMBRE _____										NOMBRE _____																			
no <input type="checkbox"/>										no <input type="checkbox"/>										si <input type="checkbox"/>										si <input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										NOMBRE _____										NOMBRE _____																			
DESGARROS <input type="checkbox"/>										MEDICACION EN PARTO										anest. reg. <input type="checkbox"/>										anest. general <input type="checkbox"/>										analg. tranquil. <input type="checkbox"/>										ocitoc. <input type="checkbox"/>										antibióticos <input type="checkbox"/>										otros <input type="checkbox"/>																			
RECIENTE NACIDO										TALLA										EDAD PRO EX. FISICO										PESO E.G.										1° APGAR minuto										5° APGAR minuto										REANIM. RESPIR.										VDRL										PUERPERRIO									
En aborto y MF sólo sexo y peso										cm.										menor de 37 <input type="checkbox"/>										adec. <input type="checkbox"/>										6 o menor <input type="checkbox"/>										no <input type="checkbox"/>										horas o días post parto o aborto																													
SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>										PER. CEFALIO _____ cm.										sem. <input type="checkbox"/>										peq. <input type="checkbox"/>										máscara <input type="checkbox"/>										tubo <input type="checkbox"/>										temperatura																													
EXAMEN FISICO										ninguna <input type="checkbox"/>										neurológicas <input type="checkbox"/>										ALQUAJAMIENTO CONJUNTO										HOSPITALIZADO										pulsos (lat/min)																																							
normal <input type="checkbox"/>										hemorragia <input type="checkbox"/>										metab./nutric. <input type="checkbox"/>										si <input type="checkbox"/>										si <input type="checkbox"/>										tensión arterial máx./mín. (mm Hg)																																							
anormal <input type="checkbox"/>										heparbilirrub. <input type="checkbox"/>										VIH + <input type="checkbox"/>										no <input type="checkbox"/>										no <input type="checkbox"/>										invol. uterina																																							
PATOLOGIAS										otras hematol. <input type="checkbox"/>										sind. adstinencia <input type="checkbox"/>										si <input type="checkbox"/>										si <input type="checkbox"/>										características de loquios																																							
sana <input type="checkbox"/>										defectos cong. <input type="checkbox"/>										otras <input type="checkbox"/>										no <input type="checkbox"/>										no <input type="checkbox"/>																																																	
EGRESO RN										ALIMENTO										PESO AL EGRESO										EGRESO MATERNO										ANTICONCEPCION										ligadura																																							
hora _____										pecho <input type="checkbox"/>										_____ g										día _____										sana <input type="checkbox"/>										condón <input type="checkbox"/>																																							
día _____										mixto <input type="checkbox"/>										_____ g										mes _____										con patol. <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>																																							
mes _____										artificial <input type="checkbox"/>										_____ g										año _____										con patol. <input type="checkbox"/>										referida <input type="checkbox"/>																																							
con patol. <input type="checkbox"/>										fallece <input type="checkbox"/>										_____ g																				pildora <input type="checkbox"/>										ritmo <input type="checkbox"/>																																							
																																								otro <input type="checkbox"/>										otro <input type="checkbox"/>																																							

Este color significa ALERTA



LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la clasificación Internacional de enfermedades Rev. 10 (CIE) OPS/OMS 1992

<p>50 GESTACION MULTIPLE 030</p> <p>51 HIPERTENSION PREVIA 010</p> <p>01 Hipertensión previa esencial complicado EPP 010.0</p> <p>02 Hipertensión previa secundaria complicado EPP 010.4</p> <p>52 PRECLAMPSIA 013 Y 014</p> <p>04 Hipertensión transitoria del embarazo 016</p> <p>05 Preclampsia leve 013</p> <p>06 Preclampsia severa y moderada 014</p> <p>53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada 011</p> <p>54 ECLAMPSIA 015</p> <p>55 CARDIOPATIA 286.7</p> <p>56 DIABETES 024</p> <p>57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa 024.0</p> <p>58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa 024.1</p> <p>59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo 024.4</p> <p>07 Test de tolerancia a la glucosa anormal R73.0</p> <p>60 INFECCION URINARIA 023.0-23.4</p> <p>08 Bacteriuria asintomática del embarazo R82.7</p> <p>61 OTRAS INFECCIONES 098.1</p> <p>62 Infecciones del tracto genital en el embarazo 098.2</p> <p>09 Sífilis complicando EPP 098.2</p> <p>10 Gonorrea complicando B50-B54</p> <p>11 Malaria A60</p> <p>12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) 098.4</p> <p>63 Hepatitis viral 098.0</p> <p>64 TBC complicando EPP 098.8</p> <p>65 PARASITOS COMPLICANDO EPP P05</p> <p>66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 060</p> <p>67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (Parto prematuro) 034.3</p> <p>13 Incompetencia cervical 064,065,069</p> <p>68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA 064</p> <p>14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto 065</p> <p>15 Parto obstruido debido a la anomalía pélvica materna 066</p> <p>16 Otros partos obstruidos por causa fetal 066</p> <p>69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE 020</p> <p>17 Mola hidatiforme 001</p> <p>18 Aborto espontáneo y aborto retenido 002.1,003</p> <p>19 Embarazo ectópico 000</p> <p>20 Aborto reducido y terapéutico 006,004</p> <p>21 Amenaza de aborto 020.0</p> <p>70 HEMORRAGIA DEL 2do. y 3er TRIMESTRE 044.1</p> <p>22 Placenta previa con hemorragia 045</p> <p>23 Desprendimiento prematuro de placenta 046.0</p> <p>24 Hemorragia ante parto con defecto de la cuagulación 071.0, 071.1</p> <p>25 Ruptura uterina antes u durante el parto 071.3</p> <p>26 Laceración obstétrica del cuello del útero 099.0</p> <p>71 ANEMIA D50</p> <p>27 Anemia por deficiencia de hierro 042</p> <p>72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 041.1</p> <p>28 Infección del saco amniótico y membranas 085,086</p> <p>73 INFECCION PUERPERAL 085</p> <p>29 Sepsis puerperal 091</p> <p>30 Infección mamaria asociada al nacimiento 072</p> <p>74 HEMORRAGIAS POSTPARTO 072.0, 072.2</p> <p>31 Placenta retenida 072.1</p> <p>32 Útero atómico 070.0, 070.1</p> <p>33 Laceraciones perineales del 1ero. y 2do. grado 072.2, 070.3</p> <p>34 Laceraciones perineales del 3ero. y 4to. grado (resto de 000-099)</p> <p>75 OTRAS PATOLOGIAS 044.0</p> <p>35 Placenta previa sin hemorragia 021</p> <p>36 Hiperemesis gravídica</p> <p>37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión 0268; 099.8 (condiciones en N00-N39)</p> <p>38 Dependencia de Drogas F10 - F19</p> <p>39 Sufrimiento fetal 068</p> <p>40 Polihidramnios 040</p> <p>41 Oligoamnios (sin mención de rupturas de membranas) 041.0</p> <p>42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical 069</p> <p>43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio 074</p> <p>44 Embolismo obstétrico 088</p> <p>45 Falla de cierre de la herida de cesárea 090.0</p> <p>46 Falla de cierre de la episiotomía 090.1</p> <p>47 SIDA B20 - B24</p> <p>76 HIV positivo R75</p> <p>48 Neoplasia maligna del cuello uterino C53</p> <p>49 Neoplasia maligna de glándula mamaria C50</p>	<p>50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS P22.0</p> <p>51 SINDROMES ASPIRATIVOS P24</p> <p>52 APNEAS POR PREMATUREZ P28.3 P28.4</p> <p>53 OTROS SDR Q250, P29, 3 P23, P25, P22.1, P27</p> <p>01 Ductus arterioso persistente Q25.0</p> <p>02 Persistencia de la circulación fetal P29.3</p> <p>03 Neumonía Congénita P23</p> <p>04 Neumotórax y enfisema intersticial P25</p> <p>05 Taquipnea transitoria P22.1</p> <p>06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal P27</p> <p>54 HEMORRAGIA (EXCLUYENDO INTRACRANIALES P52) P50. P55</p> <p>07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido P53</p> <p>55 Hemorragia pulmonar originada originada en el periodo perinatal P26</p> <p>56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragias) P51</p> <p>57 HIPERBILIRRUBINEMIAS P55-P59</p> <p>08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh P55.0</p> <p>09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO P55.1</p> <p>10 Icteria neonatal asociada a parto de pretérmino P59.0</p> <p>58 OTRAS HEMATOLOGIAS P60 P61</p> <p>11 Policitemia neonatal P61.1</p> <p>12 Anemia congénita P61.3</p> <p>13 Otras afecciones ematólogicas (resto de P60 P61)</p> <p>48 INFECCIONES P35 P39, A09, G00, A54.3</p> <p>14 Diarrea A09</p> <p>15 Meningitis G00</p> <p>16 Onfalitis P38</p> <p>17 Conjuntivitis P39.1, A54.3</p> <p>59 Infecciones de la piel del recién nacido P39.4, L00</p> <p>18 Septicemia P36</p> <p>19 Otras infecciones específicas del periodo perinatal (resto del P35-P39)</p> <p>20 Enterocolitis necrotizante P77</p> <p>49 Tétanos neonatal</p> <p>60 Sífilis congénita P35</p> <p>61 ENFERMEDADES CONGÉNITAS VIRALES</p> <p>62 MALFORMACIONES, DEFORMACIONES CONGÉNITAS Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS Q00-Q99</p> <p>21 Espina bifida con y sin hidrocefalia Q05, Q07.0</p> <p>22 Hidrocefalia congénita Q03</p> <p>23 Otras malformaciones congénitas SNC (resto de Q00 Q07)</p> <p>24 Del sistema respiratorio Q30 Q34</p> <p>25 Del sistema circulatorio Q20 Q28</p> <p>26 Labio y paladar hendido Q35 Q37</p> <p>27 Del sistema digestivo Q39 Q45</p> <p>28 De los órganos genitales Q50 Q56</p> <p>29 Del sistema urinario Q50 Q64</p> <p>30 Deformaciones congénitas de la cadera Q65</p> <p>31 Anomalías cromosómicas 090 Q99</p> <p>32 Anemia por deficiencia de hierro Q87</p> <p>63 NEUROLOGIA (EXCLUYE MALFORMACIONES)</p> <p>33 Hidrocefalia adquirida G91</p> <p>34 Leucomalacia priventricular y cerebral P91.1, P91.2</p> <p>35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico P10, P11, P14</p> <p>36 Hemorragia intracraneada no traumática P52</p> <p>37 Convulsiones P90</p> <p>38 Otras afecciones del estado cerebral P91</p> <p>64 METABOLICA/NUTRICIONAL P70 - P78</p> <p>43 Laceraciones perineales de 3ro y 4to grado P70.0, P70.1</p> <p>44 Hipocalcemia and hipomagnesemia P71</p> <p>45 Hipoglicemia P70.3, P70.4, E16.2</p> <p>46 Otras afecciones perinatales del sistema digestivo (resto de P75 P78)</p> <p>47 Problemas en la alimentación resto de P00 P96, Q00</p> <p>66 OTRAS</p> <p>39 HIV positivo R75</p> <p>40 Retinopatía de la prematuridad H35</p> <p>41 Hernia inguinal K40</p> <p>42 Falta renal congénita P96.0</p> <p>67 Hipotensión/shock R57</p> <p>65 Síndrome de daño por frío P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)</p>
---	---

CLP96104-R

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción feto-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta previa
05 Parto prolongado	18 Abruptio placentae
06 Frasco de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Descenso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 R.C.I.U.	22 Condilomatosis genital
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta
13 Posición posterior	26 Otras

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorane óx.nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes
06 Diazepóxidos	21 Otros antihipertensivos
07 Medperidina	22 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalactámicos (penicilinas-cefalosporina)	26 Diuréticos
12 Aminoglicosidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina
13 Eritromicina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenhidantoina
15 Betamiméticos	30 Otros

CLAP - OPS/OMS CARNE PERINATAL

-NOMBRE _____				EDAD <input type="text"/> años		ALFA BETA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/> años aprob. <input type="text"/>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN) _____	
DOMICILIO _____				menores de 15 <input type="checkbox"/> mayores de 35 <input type="checkbox"/>								LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO) _____	
LOCALIDAD _____ TELEFONO _____												NUMERO H.C. _____	

ANTECEDENTES FAMILIARES				PERSONALES				OBSTETRICOS			
diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> TBC pulmonar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> hipertención <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				TBC <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> hipertención <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				gestas <input type="text"/> abortos <input type="text"/> ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/> vaginal <input type="text"/> algún RN menor de 2500 gr. <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="text"/> generales <input type="text"/> nacidos vivos <input type="text"/>			
cirugía pélvica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				nacidos vivos <input type="text"/> fin anterior embarazo <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> nacidos muertos <input type="text"/> muertos 1ra. sem. <input type="text"/> después 1ra. sem. <input type="text"/> RN con mayor peso <input type="text"/> g							

EMBARAZO ACTUAL		PESO ANTERIOR <input type="text"/> Kg		TALLA (cm) <input type="text"/>		FUM <input type="checkbox"/> FUM <input type="checkbox"/>		DUDAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		GRUPO Rh <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/>		FUMA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		ALCOHOL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		DROGAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACION EN EMBARAZO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		EX. MAMA normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		PAPANIC normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		CERVIX normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		VDRL <input type="checkbox"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>		VDRL <input type="checkbox"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>		Hb <input type="text"/>		LUGAR DE TRASLADO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	

fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorrea									
peso (Kg)									
tensión arterial máx./mín. (mm Hg)									
Alt. uterina / presen. pubis fondo / Cef. Pelv. Tr.	/	/	/	/	/	/	/	/	/
F.C.F. (lat/min.) / mov. fetal	/	/	/	/	/	/	/	/	/

ABORTO	EDAD GEST sem. <input type="text"/>	PRES. cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL ACORDE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	INICIO esp. <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> ces. elect. <input type="checkbox"/>	MEMB. int. <input type="checkbox"/> rot. <input type="checkbox"/>	TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>	hora <input type="text"/> min. <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	
PARTO	MUERTE Intraut. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ALUMB. espontáneo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO INDUCCION <input type="text"/>	NIVEL DE ATENCION 3° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> domic <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ATENDIDO médico <input type="checkbox"/> enf/obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud. empir. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/>			ninguna <input type="checkbox"/> orden <input type="checkbox"/> emb múltiple <input type="checkbox"/> hiper. previa <input type="checkbox"/> preeclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> infección urinaria <input type="checkbox"/>
RECIENTE NACIDO	nombre <input type="text"/>		PLACENTA completa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		otras infecciones <input type="checkbox"/> anemia crónica <input type="checkbox"/> parasitosis <input type="checkbox"/> rot. pre.memb. <input type="checkbox"/> R.C.I.U. <input type="checkbox"/> infec. puerp. <input type="checkbox"/> amen. parto prem. <input type="checkbox"/> hemor. puerp. <input type="checkbox"/> desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/> hemorragia 1er. trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 2er. trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 3er. trim. <input type="checkbox"/>			

SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	PESO AL NACER <input type="text"/> g	TALLA <input type="text"/> cm.	EDAD POR EX. FISICO <input type="text"/> sem.	PESO E.G. <input type="text"/>	1° APGAR minuto <input type="text"/>	5° APGAR minuto <input type="text"/>	REANIM. RESPIRAT. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/>	VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ninguna <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> memb. hialina <input type="checkbox"/> heperbilirrub. <input type="checkbox"/> sind. aspirat <input type="checkbox"/> otras hematom. <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/> infecciones <input type="checkbox"/> otros SDR <input type="checkbox"/> defectos <input type="checkbox"/>		neurológicas <input type="checkbox"/> metab./nutric <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/> sind adstinencia <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>	ALQUAMIENTO CONJUNTO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALOJ. CONJ <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
EGRESO RN	hora <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>	sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	ALIMENTO <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO <input type="text"/> g	EGRESO MATERNO	hora <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>	sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condón <input type="checkbox"/> ligadura tubaria <input type="checkbox"/>
Responsable _____		con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>			con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/>	referida <input type="checkbox"/> pildora <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25, y P90) graficados.





CARNÉ PERINATAL

El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lívelo con Ud. como si fuera un documento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo

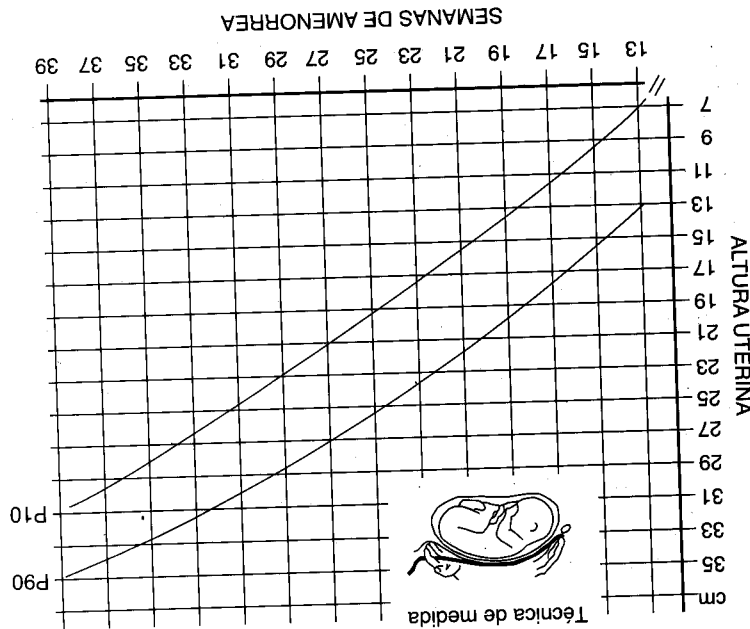
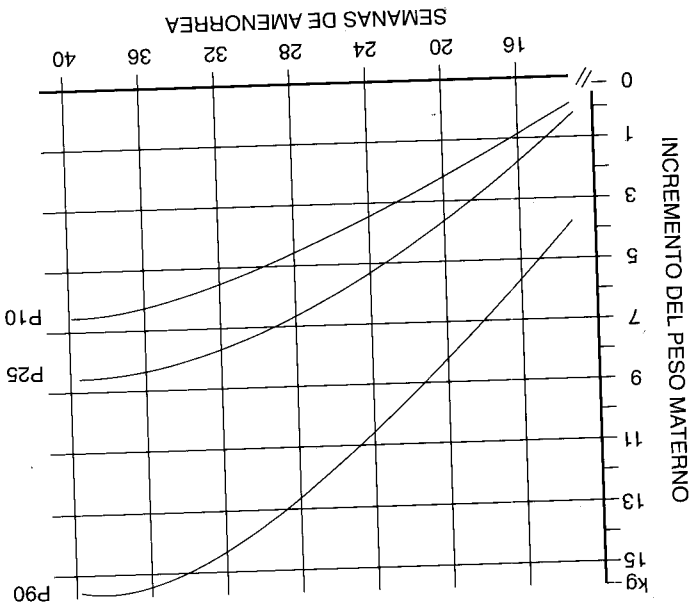
EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Día		Mes	

HOSPITALIZACION

	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES



En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

TELEFONO _____

