



Formato de Captación de Pacientes Proyecto GenPE

I. IDENTIFICACIÓN DEL FORMATO:

Caso: Control:

1. Paciente No. _____

2. Historia clínica:	3. Fecha de captación: Día: ____ Mes: ____ Año: ____
----------------------	--

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE Y ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

4. Nombre:					5. Edad: ____ años	
6. Raza:	Blanca <input type="checkbox"/>	Negra <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Mestiza <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
7. Natural:			8. Residencia:			
9. Dirección:						
10. Teléfono: (1)		(2)		Teléfono móvil:		
11. Estrato social: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?						

III. ANAMNESIS:

12. Número de embarazos, incluido el actual: ____ 12a. Único <input type="checkbox"/> 12b. Múltiple <input type="checkbox"/>			
13. ¿Ha asistido a controles prenatales durante este embarazo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
13a. ¿A qué edad gestacional asistió al primero? _____ (semanas)		13b. ¿Cuántos controles se ha realizado hasta el momento? _____	
14. ¿Ha consumido ácido fólico? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 14a. Dosis/día ____ mg 14b. ¿tiempo? ____ sem			
14b. Preconcepcional <input type="checkbox"/>	14c. 1er trimestre <input type="checkbox"/>	14d. 2do trimestre <input type="checkbox"/>	14e. 3er trimestre <input type="checkbox"/>
15. ¿Ha consumido complejo B? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 15a. Dosis/día ____ mg			
15b. Preconcepcional <input type="checkbox"/>	15c. 1er trimestre <input type="checkbox"/>	15d. 2do trimestre <input type="checkbox"/>	15e. 3er trimestre <input type="checkbox"/>
16. Fumó en este embarazo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Número de cigarrillos/día: ____ ¿Tiempo? _____			
17. ¿Ha tenido infecciones durante esta gestación? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
17a. IUU alta	EG: ____ (sem)	17b. ¿Fue tratada? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
17c. IUU baja	EG: ____ (sem)	17d. ¿Fue tratada? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
17e. Vulvovaginitis	EG: ____ (sem)	17f. ¿Fue tratada? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
17g. ETS	EG: ____ (sem)	17h. ¿Fue tratada? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

18. ¿Su mamá tuvo preeclampsia? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>			
19. ¿Tiene hermanas? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 19a. ¿Cuántas? ____ 19b. Edades: ____/____/____/____/____			
20. ¿Si tiene hermanas, alguna tuvo preeclampsia? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>			
21. ¿Alguno de sus padres ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?			
<u>Enfermedad</u>	<u>Padre</u>	<u>Madre</u>	
Infarto agudo de miocardio	21a. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	21e. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial	21b. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	21f. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus tipo 2	21c. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	21g. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
Enfermedad cerebrovascular	21d. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	21h. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	

V. ESTADO CLÍNICO DE LA PACIENTE

22. Edad gestacional al momento de la captación: _____ (sem)				
23. ¿Ha tenido alguna de las siguientes manifestaciones durante el cuadro clínico actual?				
23 a. Epigastralgia	23b. Cefalea	23c. Hiperreflexia	23d. Tinitus	23e. Fosfenos
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
24. Presión Arterial a.(1) ____/____ b.(2) ____/____ mmHg 24c. Intervalo ____ horas				

25. Proteinuria: 25a. Tira reactiva (cruces)_____ 25b. Orina de 24 horas: _____(mg)			
26. Peso: 26a. Al comienzo de la gestación: _____kg EG: _____		27. Talla: _____ cm	
26b. Al momento de la captación: _____kg EG: _____			
28. Momento de toma de la muestra: Fecha: d___/m___/a___/ Hora:___:___ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>			
28a. Sin trabajo de parto <input type="checkbox"/>	28b. Trabajo de parto en fase de latencia <input type="checkbox"/>	28c. Trabajo de parto en fase activa <input type="checkbox"/>	28d. Puerperio <input type="checkbox"/> _____ horas
29. Complicaciones durante el embarazo actual:			
a. Eclampsia NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	b. Síndrome HELLP NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	c. Oligohidramnios NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
d. RCIU NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	e. Óbito fetal NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	f. CID NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
g. Falla renal NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	h. Edema pulmonar NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	i. Abruption de placenta NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
j. Crisis hipertensiva NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		k. Hematoma o ruptura hepática NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
l. Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			

VI. DATOS QUE SE DEBEN LLENAR EN LAS PACIENTES CON SÍNDROME HELLP

30. Formula obstétrica (incluyendo el actual embarazo): G__P__C__A__E__M__V__			
31. Antecedente de preeclampsia en embarazo(s) previo(s): NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿En cual(es)?_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____			
32. ¿Los embarazos han sido con la misma pareja?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Compañero 1:_____/_____/_____/_____/_____ Compañero 2:_____/_____/_____/_____/_____			
Compañero 3:_____/_____/_____/_____/_____ Compañero 4:_____/_____/_____/_____/_____			
33. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades autoinmunes?			
33a. LES NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	33b. AR NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	33c. SAAF NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	33d. DMT1 NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
33e. Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
34. ¿Ha tenido alguno de las siguientes enfermedades crónicas?			
34a. HTA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	34b. DMT2 NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	34c. NFP NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
34d. Otra ¿Cuál?			

VII. DATOS ADICIONALES DE LABORATORIO (Pacientes con HELLP)

35. Plaquetas _____/mm ³	36. AST (GOT)_____ UI/L	37. LDH_____ UI/L
38. Esquistocitos en sangre periférica NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		39. Bilirrubina: Tot:_____ Dir:_____ Ind:_____ (mg/dl)

VIII. DATOS DE LOS RECIÉN NACIDOS:

40. Fecha de nacimiento: d___/m___/a___/

41. Edad gestacional según valoración neonatal: _____ (sem)					
42. Forma de terminación del embarazo: 42a. Parto vaginal <input type="checkbox"/> 42b. Parto por cesárea <input type="checkbox"/>					
Producto número 1			Producto número 2		
43 a. Género	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	43 b. Género	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
	Indeterminado <input type="checkbox"/>			Indeterminado <input type="checkbox"/>	
44a. Peso:_____gr	45a. Talla:_____cm	44b. Peso:_____gr	45b. Talla:_____cm		
46a. Apgar: 1er mn:_____ 5to mn:_____			46b. Apgar: 1er mn:_____ 5to mn:_____		
47. Toma de la muestra del recién nacido:					
47a. SI <input type="checkbox"/> Fecha: d___/m___/a___			47b. SI <input type="checkbox"/> Fecha: d___/m___/a___		
Hora:___:___ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>			Hora:___:___ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>		
NO <input type="checkbox"/> Motivo:_____			NO <input type="checkbox"/> Motivo:_____		

Observaciones: _____

Datos tomados por: _____
 Cargo: _____
 Firma: _____