

SMI HND MMR CACX 54

| Field                             | Question                           | Answer  |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| MRR_DATE <i>(required)</i>        | Fecha                              |   |
| MRR_INTERVW_ID1 <i>(required)</i> | Identificación 1 del entrevistador |   |
| MRR_INTERVW_ID2                   | Identificación 2 del entrevistador |   |
| FAC_TYPE <i>(required)</i>        | Tipo de unidad de salud            | <div><div>1</div>Establecimiento de Salud UAPS/ZPP tipo 1 (CESAR)</div> <div><div>2</div>Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)</div> <div><div>3</div>Policlínico Tipo III (CMI)</div> <div><div>4</div>Hospital tipo 1 (hospital de área)</div> <div><div>5</div>Hospital tipo 2 (hospital de regional)</div>   |
| DEPT_ID <i>(required)</i>         | Identificación del Departamento    | <div><div>2</div>Choluteca</div> <div><div>5</div>Copán</div> <div><div>10</div>Intibucá</div> <div><div>12</div>La Paz</div> <div><div>13</div>Lempira</div> <div><div>14</div>Ocatepeque</div> <div><div>15</div>Olancho</div> <div><div>4</div>Comayagua</div> <div><div>6</div>Cortés</div> <div><div>7</div>El Paraíso</div> <div><div>16</div>Santa Bárbara</div> <div><div>17</div>Valle</div> <div><div>18</div>Yoro</div>  |
| MUNICIP_ID <i>(required)</i>      | Identificación de Municipio:       | <div><div>202</div>Choluteca</div> <div><div>203</div>Concepción de María</div> <div><div>204</div>Duyure</div> <div><div>215</div>San Marcos de Colón</div> <div><div>501</div>Cabañas</div> <div><div>503</div>Copán Ruinas</div> <div><div>515</div>San Jeronimo</div> <div><div>520</div>Santa Rita</div> <div><div>521</div>Santa Rosa</div> <div><div>1003</div>Concepción</div> <div><div>1007</div>La Esperanza</div> <div><div>1010</div>San Antonio</div> <div><div>1016</div>Santa Lucía</div> <div><div>1206</div>La Paz</div> <div><div>1218</div>Santiago de Puringla</div> <div><div>1303</div>Cololaca</div> <div><div>1307</div>Guarita</div> <div><div>1318</div>San Juan Guarita</div> <div><div>1325</div>Tambla</div> <div><div>1326</div>Tomalá</div> <div><div>1413</div>San Marcos de Ocotepeque</div> <div><div>1504</div>Dulce Nombre de Culmí</div> <div><div>1512</div>Juticalpa</div> <div><div>402</div>Comayagua</div> <div><div>415</div>San José de Comayagua</div> <div><div>420</div>Taulabé</div> <div><div>510</div>La Jigua</div> <div><div>512</div>Nueva Arcadia</div> <div><div>611</div>Santa Cruz de Yojoa</div> <div><div>702</div>Danlí</div> <div><div>1011</div>San Francisco de Opalaca</div> <div><div>1015</div>San Miguelito</div> <div><div>1201</div>Aquanqueterique</div> |

[illegible]

[illegible]

| Field   | Question   | Answer   |
|---|--|--|
|   |  | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>   |
| CACX_VISIT_DATE <i>(required)</i>   | Fecha de la última visita:   |  |
| note_visit_ineligible   | <p>Este expediente no es elegible. Por favor revisa expedientes con fechas de visita entre 01/07/2021-30/06/2022.</p> <p><i>Question relevant when: \${calc_visit_date_ineligible} = 1</i></p>                 |  |
| Visita elegible<br><i>Group relevant when: \${calc_visit_date_ineligible} = 0</i>   |  |  |
| CACX_BIRTH_DATE <i>(required)</i>   | Indique si la fecha de nacimiento fue registrada para la mujer   | <div>1 Si</div> <div>0 No</div>  |
| CACX_BIRTH_DATE_SPEC <i>(required)</i>  | Fecha de nacimiento para la mujer:<br><i>Question relevant when: selected( \${CACX_BIRTH_DATE} , '1') and \${calc_end_survey} != 1</i>   |  |
| note_birth_date_ineligible  | <p>Este expediente no es elegible. Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento entre 01/04/1958-30/06/1997.</p> <p><i>Question relevant when: \${calc_birth_date_ineligible} = 1</i></p>             |  |
| CACX_AGE <i>(required)</i>  | Indique si la edad fue registrada para la mujer (si no registrada la fecha de nacimiento)<br><i>Question relevant when: selected( \${CACX_BIRTH_DATE} , '0')</i>   | <div>1 Si</div> <div>0 No</div>  |
| CACX_AGE_SPEC <i>(required)</i>   | Edad:<br><i>Question relevant when: selected( \${CACX_AGE} , '1')</i>  |  |
| note_age_ineligible   | <p>Este expediente no es elegible. Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento entre 25-64.</p> <p><i>Question relevant when: \${calc_age_ineligible} = 1 or selected( \${CACX_AGE} , '0')</i></p>   |  |
| Visita elegible > group_age_eligible<br><i>Group relevant when: \${calc_birth_date_ineligible} != 1 and \${calc_age_ineligible} != 1 and not(selected( \${CACX_AGE} , '0'))</i> |  |  |
| CACX_SCREEN_TYPE <i>(required)</i>  | Indique si el expediente registre los tipos de tamizaje que ha recibido la mujer en los último 5 años:<br><i>Marque todas las que apliquen.</i>  | <div>VPH Prueba de VPH</div> <div>IVAA IVAA</div> <div>PAP Citología de cérvix/PAP</div> <div>NONE Ninguno de los anteriores</div> |
| Visita elegible > group_age_eligible > Tamizaje de VPH<br><i>Group relevant when: selected( \${CACX_SCREEN_TYPE} , 'VPH')</i>   |  |  |
| VPH_SCREEN_REG <i>(required)</i>  | ¿Cuántas pruebas de VPH tiene registradas esta mujer en los último 5 años?   | <div>1 Número</div> <div>-1 No registrado</div>  |
| note_SCREEN_VPH_1   | Prueba de VPH más reciente.<br><br>Las preguntas a continuación hacen referencia a la prueba de VPH <u>más reciente</u> .  |  |
| VPH_SCREEN_DATE_1 <i>(required)</i>   | Para la prueba de VPH más reciente, anote la fecha de toma de muestra.<br>(DD/MM/AAAA)   |  |
| VPH_SCREEN_PRIM_SEG <i>(required)</i>   | La prueba de VPH más reciente fue:   | <div>1 Tamizaje primario</div> <div>2 Seguimiento</div> <div>-1 No registrado</div>  |
| VPH_SCREEN_WHERE <i>(required)</i>  | ¿Dónde se realizó la prueba de VPH más reciente?   | <div>1 Este establecimiento</div> <div>2 Otro establecimiento</div> <div>-1 No registrado</div>                                    |
| VPH_SCREEN_LAB <i>(required)</i>  | ¿Se encontraron resultados de laboratorio o una nota del resultado de prueba de VPH más reciente en el expediente de la mujer?   | <div>1 Si</div> <div>0 No</div>  |
| VPH_SCREEN_LAB_SIGNED <i>(required)</i>   | ¿El resultado de laboratorio o nota del resultado está firmada por médico?<br><i>Question relevant when: selected( \${VPH_SCREEN_LAB} , '1')</i>   | <div>1 Si</div> <div>0 No</div>  |
| VPH_SCREEN_LAB_ENTR_DATE <i>(required)</i>  | Registre la fecha de entrada a laboratorio para el resultado de prueba de VPH más reciente.<br>(DD/MM/AAAA)  |  |
| VPH_SCREEN_LAB_REP_DATE <i>(required)</i>   | Registre la fecha de reporte de la muestra para el resultado de prueba de VPH más reciente.<br>(DD/MM/AAAA)  |  |
| VPH_SCREEN_RES <i>(required)</i>  | Registre el resultado de la prueba:  | <div>1 Positivo</div> <div>0 Negativo</div> <div>-1 No registrado</div>  |
| VPH_SCREEN_RES_NOTIFY <i>(required)</i>   | ¿Existe evidencia de que se le dio a conocer este resultado de prueba de VPH a la mujer?   | <div>1 Si</div> <div>0 No</div>  |
| VPH_SCREEN_RES_NOTIFY_WHEN <i>(required)</i>  | Anote la fecha de entrega de resultado. Es decir, cuando se le informó a la mujer del resultado de prueba de VPH.<br>(DD/MM/AAAA)<br><i>Question relevant when: selected( \${VPH_SCREEN_RES_NOTIFY} , '1')</i> |  |

| Field   | Question   | Answer           |                          |
|---|--|------------------|--------------------------|
| VPH_MANAGE <i>(required)</i>  | ¿Está documentado el manejo brindado debido al resultado positivo?<br><i>Question relevant when: selected( \${VPH_SCREEN_RES} , '1')</i>   | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| Visita elegible > group_age_eligible > Tamizaje de IVAA<br><i>Group relevant when: selected( \${CACX_SCREEN_TYPE} , 'IVAA')</i>       |  |                  |                          |
| IVAA_SCREEN_REG <i>(required)</i>   | ¿Cuántas pruebas de IVAA tiene registradas esta mujer en los último 5 años?  | 1                | Número                   |
|   |  | -1               | No registrado            |
| note_SCREEN_IVAA_1  | Prueba de IVAA más reciente.<br><br>Las preguntas a continuación hacen referencia a la prueba de IVAA <b>más reciente</b> .  |                  |                          |
| IVAA_SCREEN_DATE_1 <i>(required)</i>  | Para la prueba de IVAA más reciente, anote la fecha de examen.<br>(DD/MM/AAAA)   |                  |                          |
| IVAA_SCREEN_PRIM_SEG <i>(required)</i>  | La prueba de IVAA más reciente fue:  | 1                | Primera vez              |
|   |  | 2                | Seguimiento              |
|   |  | 3                | Segunda prueba           |
|   |  | -1               | No registrado            |
| IVAA_SCREEN_WHERE <i>(required)</i>   | ¿Dónde se realizó la prueba de IVAA más reciente?  | 1                | Este establecimiento     |
|   |  | 2                | Otro establecimiento     |
|   |  | -1               | No registrado            |
| IVAA_SCREEN_LAB <i>(required)</i>   | ¿Se encontraron el resultado de prueba de IVAA más reciente en el expediente de la mujer?  | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| IVAA_SCREEN_LAB_SIGNED <i>(required)</i>  | ¿La nota del resultado está firmada por médico?<br><i>Question relevant when: selected( \${IVAA_SCREEN_LAB} , '1')</i>   | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| IVAA_SCREEN_RES <i>(required)</i>   | Registre el resultado de la prueba:<br><i>Question relevant when: selected( \${IVAA_SCREEN_LAB} , '1')</i>   | 1                | Positivo                 |
|   |  | 0                | Negativo                 |
|   |  | -1               | No registrado            |
| IVAA_SCREEN_RES_NOTIFY <i>(required)</i>  | ¿Existe evidencia de que se le dio a conocer este resultado de prueba IVAA a la mujer?   | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| IVAA_SCREEN_RES_NOTIFY_WHEN <i>(required)</i>   | Anote la fecha de entrega de resultado. Es decir, cuando se le informó a la mujer del resultado de prueba de IVAA.<br>(DD/MM/AAAA)<br><i>Question relevant when: selected( \${IVAA_SCREEN_RES_NOTIFY} , '1')</i> |                  |                          |
| IVAA_MANAGE <i>(required)</i>   | ¿Está documentado el manejo brindado debido al resultado positivo?<br><i>Question relevant when: selected( \${IVAA_SCREEN_RES} , '1')</i>  | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| Visita elegible > group_age_eligible > Citología de cérvix/PAP<br><i>Group relevant when: selected( \${CACX_SCREEN_TYPE} , 'PAP')</i> |  |                  |                          |
| PAP_SCREEN_REG <i>(required)</i>  | ¿Cuántas citologías tiene registradas esta mujer en los último 5 años?   | 1                | Número                   |
|   |  | -1               | No registrado            |
| Visita elegible > group_age_eligible > Citología de cérvix/PAP > Citologías (1)   |  | (Repeated group) |                          |
| note_SCREEN_PAP_1   | Citología #1<br><br>Empezando con la citología más reciente, para la <b>citología #1</b> , por favor responde a las siguientes preguntas sobre cada citología en los último 5 años:                              |                  |                          |
| PAP_SCREEN_DATE_1 <i>(required)</i>   | Para la citología #1, anote la fecha de toma de muestra.<br>(DD/MM/AAAA)   |                  |                          |
| PAP_SCREEN_PRIM_SEG <i>(required)</i>   | La citología #1 fue:   | 1                | Primera vez              |
|   |  | 4                | Control                  |
|   |  | 2                | Seguimiento              |
|   |  | 3                | Segunda prueba           |
|   |  | -1               | No registrado            |
| PAP_SCREEN_WHERE <i>(required)</i>  | ¿Dónde se realizó citología #1 ?   | 1                | Este establecimiento     |
|   |  | 2                | Otro establecimiento     |
|   |  | -1               | No registrado            |
| PAP_SCREEN_LAB <i>(required)</i>  | ¿Se encontraron resultados de laboratorio o una nota del resultado de citología #1 en el expediente de la mujer?   | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| PAP_SCREEN_LAB_SIGNED <i>(required)</i>   | ¿La nota del resultado está firmada por médico?<br><i>Question relevant when: selected( \${PAP_SCREEN_LAB} , '1')</i>  | 1                | Si                       |
|   |  | 0                | No                       |
| PAP_SCREEN_LAB_ENTR_DATE <i>(required)</i>  | Registre la fecha de entrada a laboratorio para el resultado de citología #1.<br>(DD/MM/AAAA)  |                  |                          |
| PAP_SCREEN_LAB_REP_DATE <i>(required)</i>   | Registre la fecha de lectura de la muestra para el resultado de citología #1.<br>(DD/MM/AAAA)  |                  |                          |
| PAP_SCREEN_QUALITY <i>(required)</i>  | Registre la calidad de la muestra para el resultado de citología #1  | 1                | Adecuada para evaluación |
|   |  |                  |                          |

| Field  | Question  | Answer |   |
|--|---|--------|---|
|  |   | 2      | Inadecuada (procesada y analizada)                              |
|  |   | 3      | Inadecuada (rechazada)  |
|  |   | -1     | No registrado   |
| PAP_SCREEN_RES <i>(required)</i>             | Registre el diagnóstico de la citología   | 1      | Negativo por malignidad   |
|  |   | 0      | Positivo por malignidad   |
|  |   | -1     | No registrado   |
| PAP_SCREEN_ANOMALY <i>(required)</i>         | Seleccione todas las anomalías de células escamosas y de células glandulares que apliquen.  | NOMAL  | No hay evidencia de lesión intraepitelial y de células malignas |
|  |   | ASCUS  | Atipia escamosa de significado indeterminado (ASC-US)           |
|  |   | AGUS   | Cambios en las células glandulares (AG-US)                      |
|  |   | ASCH   | No se descarta lesión de alto grado (ASC-H)                     |
|  |   | LEIBG  | Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG)            |
|  |   | LEIAG  | Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado (LEIAG)            |
|  |   | LEISOS | Lesión intraepitelial de Alto Grado con sospecha de invasión    |
|  |   | CARCIN | Carcinoma de Células Escamosas invasor                          |
|  |   | NOS    | Atipia glandular sin otra especificación (NOS)                  |
|  |   | ATCERV | Atipia glandular no se descarta neoplasia endocervical          |
|  |   | ATMETR | Atipia glandular no se descarta neoplasia endometrial           |
|  |   | AIS    | Ca. in situ   |
|  |   | AINV   | Ca. invasor   |
|  |   | AEPI   | Ca. epidermoide   |
|  |   | NOREG  | No registrado   |
|  |   | OTRO   | Otro  |
| PAP_SCREEN_RES_NOTIFY <i>(required)</i>      | ¿Existe evidencia de que se le dio a conocer este resultado a la mujer?   | 1      | Si  |
|  |   | 0      | No  |
| PAP_SCREEN_RES_NOTIFY_WHEN <i>(required)</i> | Anote la fecha de entrega de resultado. Es decir, cuando se le informó a la mujer del resultado de la citología.<br>(DD/MM/AAAA)<br><i>Question relevant when: selected( \${PAP_SCREEN_RES_NOTIFY} , '1')</i> |        |   |
| PAP_MANAGE <i>(required)</i>                 | ¿Está documentado el manejo brindado debido al resultado positivo?<br><i>Question relevant when: selected( \${PAP_SCREEN_RES} , '1')</i>  | 1      | Si  |
|  |   | 0      | No  |
| NO_SCREEN_REJECT <i>(required)</i>           | ¿Exise evidencia escrita de que la mujer rechazó tamizaje para cáncer de cuello uterino, completo con el motivo de la negación?<br><i>Question relevant when: selected( \${CACX_SCREEN_TYPE} , 'No')</i>      | 1      | Si  |
|  |   | 0      | No  |
| NO_SCREEN_VIRGIN <i>(required)</i>           | ¿Exise evidencia escrita de no inicio de relaciones sexuales (no IRS)?<br><i>Question relevant when: selected( \${CACX_SCREEN_TYPE} , 'No')</i>   | 1      | Si  |
|  |   | 0      | No  |
| COMMENT_CACX                                 | Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección.  |        |   |
| End of survey                                |   |        |   |
| note_end_cacx                                | <b>Usted ha llegado al final de la encuesta.</b><br>Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar."  |        |   |

| Field                                | Question  | Answer |  |
|--------------------------------------|---|--------|--|
|                                      | Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.<br>Gracias por su tiempo el día de hoy. |        |  |
| RECORD_SOURCE_TYPE <i>(required)</i> | ¿Cómo se revisó este registro?  | 1      | Registro en papel                          |
|                                      |   | 2      | Registro electrónico                       |
|                                      |   | 3      | Registros tanto en papel como electrónicos |
| CONFIRM_END_SURVEY <i>(required)</i> | ¿Está <b>seguro</b> de que desea completar la encuesta? No podrá volver a realizar ningún cambio después de continuar.  | 1      | Si   |
|                                      |   | 0      | No   |