0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID

Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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, MUNICIP_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
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	

4. Tipo de unidad médica
   - ECOS Familiar (intermedia o básica)
   - ECOS Especializado
   - Hospital

Question: DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Ahuachapan	
1	Cabañas	
5	Cuscatlán	
4	La Libertad	
8	La Paz	
3	La Unión	
2	Morazán	
6	San Vicente	
995	Otro	

5. Identificación del Departamento de esta unidad médica:
   - Ahuachapan
   - Cabañas
   - Cuscatlán
   - La Libertad
   - La Paz
   - La Unión
   - Morazán

- San Vicente
- Otro (ESPECIFIQUE)

Question: MUNICIP_ID
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	(DEPT_ID = 7:[Ahuachapan])
6	Apastepeque	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
3	Chiltiupan	(DEPT_ID = 4:[La Libertad])
17	Cojutepeque	(DEPT_ID = 5:[Cuscatlán])
2	El Sauce	(DEPT_ID = 3:[La Unión])
12	Ilobasco	(DEPT_ID = 1:[Cabañas])
14	La Libertad	(DEPT_ID = 4:[La Libertad])
5	Monte San Juan	(DEPT_ID = 5:[Cuscatlán])
10	San Antonio Masahuat	(DEPT_ID = 8:[La Paz])
4	San Cristóbal	(DEPT_ID = 5:[Cuscatlán])
8	San Esteban Catarina	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
21	San Francisco Gotera	(DEPT_ID = 2:[Morazán])
7	San Ildefonso	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
16	San Vicente	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
9	Santa Maria Ostuma	(DEPT_ID = 8:[La Paz])
23	Santa Rosa de Lima	(DEPT_ID = 3:[La Unión])
0	Sensuntepeque	(DEPT_ID = 1:[Cabañas])
1	Sociedad	(DEPT_ID = 2:[Morazán])
11	Tacuba	(DEPT_ID = 7:[Ahuachapan])
20	Tecolulca	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
15	Tejutepeque	(DEPT_ID = 1:[Cabañas])
18	Zacatecoluca	(DEPT_ID = 8:[La Paz])
995	Otro	

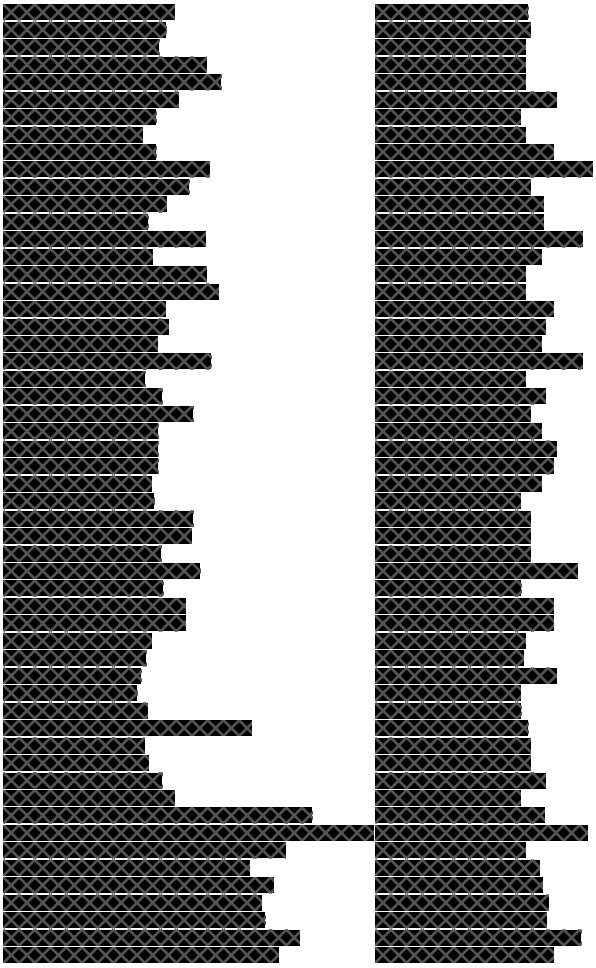
6. Identificación del Municipio de esta unidad médica:

- Ahuachapan
- Apastepeque
- Chiltiupan
- Cojutepeque
- El Sauce
- Ilobasco
- La Libertad
- Monte San Juan
- San Antonio Masahuat
- San Cristóbal
- San Esteban Catarina
- San Francisco Gotera
- San Ildefonso
- San Vicente
- Santa Maria Ostuma
- Santa Rosa de Lima
- Sensuntepeque
- Sociedad
- Tacuba
- Tecolulca
- Tejutepeque
- Zacatecoluca
- Otro (ESPECIFIQUE)

Question: FACILITY_ID
Required

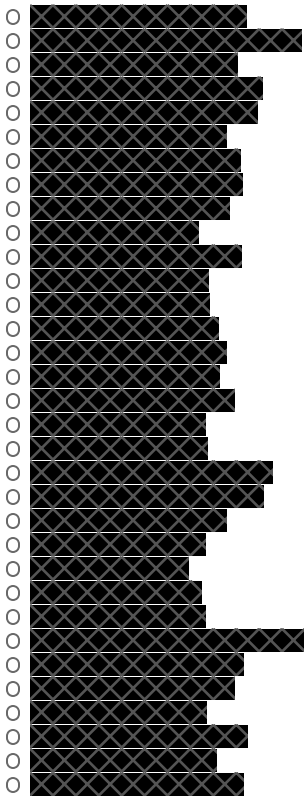
Scale Summary

Code	Label	Show-If
[redacted]		



995 Otro

7. Identificación de la Unidad:



[redacted]

Otro (ESPECIFIQUE)

Collection: MRR_OBSTETRIC
Contains: MATERNAL_COMPLICATIONS
Show if: (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 4:[Hospital])

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

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

Complicaciones maternas

Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario y anote que códigos de egreso y diagnóstico se incluyen

Custom Layout Question: WOM_ICD_CODE

8.

	Código CIE-10 (por ejemplo: W55.2 o S10.87)	Diagnostico de egreso
Código CIE-10 principal	. o ☐ No registrado	o ☐ No registrado
Código CIE-10 segundo	. o ☐ No registrado	o ☐ No registrado
Código CIE-10 tercero	. o ☐ No registrado	o ☐ No registrado
Código CIE-10 cuarto	. o ☐ No registrado	o ☐ No registrado

Código CIE-10 quinto [ ] [ ] . [ ] o ☐ No registrado [ ] o ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_DEL_COMP
Minimum checks: 1

9. ¿Tuvo la mujer alguna de las siguientes complicaciones?
   - ☐ Sepsis
   - ☐ Hemorragia
   - ☐ Pre-eclampsia severa
   - ☐ Eclampsia
   - ☐ Ninguna

Question: MRR_SELECTION
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Muestra predeterminada por IHME	
2	Muestra electrónica en el establecimiento de salud	
3	Muestra por mano en el establecimiento de salud	
995	Otro:	

10. Método para elegir expediente:
   - ○ Muestra predeterminada por IHME
   - ○ Muestra electrónica en el establecimiento de salud
   - ○ Muestra por mano en el establecimiento de salud
   - ○ Otro: [ ]

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

Collection: MRR_GENERAL
Contains: WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, WOM_IDENTIFY_DATE, WOM_IDENTIFY_TIME, WOM_ADM_REFFROM, WOM_REF_ACCOMFROM, WOM_REF_DATEFROM, WOM_REF_TIMEFROM, WOM_REF_TYPEFROM, WOM_REF_MUNICIPFROM, WOM_REF_NAMEFROM, MRR_AGE, MRR_MAR_STAT, MRR_LITERACY, MRR_ETHNICITY, MRR_AREA, MRR_EDU, WOM_DEPT_ID, WOM_MUNICIP_ID, WOM_CANTON_ID, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL, WOM_BABYBIRTH_WHERE, WOM_BABYBIRTH_WHERE_FACILITY, WOM_BABYBIRTH_DATE, WOM_BABYBIRTH_TIME

Question: WOM_ADM_DATE
Required

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

11. Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias:

   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	

12. Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias:

   Hora de admisión (horario de 24 horas):
   - ○ Hora: [ ] (HH:MM)
   - ○ No registrado

Question: WOM_IDENTIFY_DATE
Required

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

13. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
   - ○ Fecha: [ ] (DD/MM/AAAA)
   - ○ No registrado

Question: WOM_IDENTIFY_TIME
Required

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

14. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
   - ○ Hora: [ ] (HH:MM)
   - ○ No registrado

Question: WOM_ADM_REFFROM
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	

15. ¿La mujer fue referida/traslado a esta unidad desde otra unidad de salud?

- Si
- No

Question: WOM_REF_ACCOMFROM
Required
Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

16. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador de la unidad de salud?

- Si, por un médico
- Si, por una enfermera
- Si, por un otro trabajador:
- No
- No registrado

Question: WOM_REF_DATEFROM
Required
Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

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

17. Fecha de referida/traslado desde otra unidad medica:

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

Question: WOM_REF_TIMEFROM
Required
Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

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

18. Hora que fue referida/traslado desde una unidad medica:

- Hora: _____ (HH:MM)
- No registrado

Question: WOM_REF_TYPEFROM
Required
Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No referido	

19. Tipo de unidad de salud desde la que fue referida/traslado la mujer:

- ECOS Familiar (intermedia o básica)
- ECOS Especializado
- Hospital
- Otro (especificar) _____
- No referido

Question: WOM_REF_MUNICIPFROM
Required
Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	

18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

20. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

- Ahuachapan
- Apastepeque
- Chiltiupan
- Cojutepeque
- El Sauce
- Ilobasco
- La Libertad
- Monte San Juan
- San Antonio Masahuat
- San Cristóbal
- San Esteban Catarina
- San Francisco Gotera
- San Ildefonso
- San Vicente
- Santa Maria Ostuma
- Santa Rosa de Lima
- Sensuntepeque
- Sociedad
- Tacuba
- Tecolulca
- Tejutepeque
- Zacatecoluca
- Otro (ESPECIFIQUE)
- No registrado

Question: WOM_REF_NAMEFROM
Required
Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

21. ¿Desde cual unidad de salud fue la mujer referida/traslado?

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde la fecha de ingreso fue entre 01/08/2015 - 31/07/2017.

Jump-To: JMP2
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: ((DATE_ELEGIBILITY_2015 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2017 = 1)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2017 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2015 = 1))

Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario, sino esta disponible busque en el expediente la siguiente información sobre datos personales.

Question: MRR_AGE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0	no registrada	

22. 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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

23. 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	

24. Lee y escribe:
- Sí
- No
- No registrado

Question: MRR_ETHNICITY
Required

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

25. Etnia:
- Mestiza
- Indígena
- Negra
- Blanca
- Otro
- No registrado

Question: MRR_AREA
Required

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

26. Área:
- Urbana
- Rural
- No registrado

Question: MRR_EDU
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria (1 a 6to grado)	
3	Secundaria (7mo a 9no grado)	
4	Preparatoria/ bachillerato	
5	Universidad	
6	Técnico	
-1	No registrado	

27. Estudios:
- Ninguna
- Primaria (1 a 6to grado)
- Secundaria (7mo a 9no grado)
- Preparatoria/ bachillerato
- Universidad
- Técnico
- No registrado

Question: WOM_DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Ahuachapan	
1	Cabañas	
5	Cuscatlán	
4	La Libertad	
8	La Paz	
3	La Unión	
2	Morazán	
6	San Vicente	
995	Otro	
-1	No registrado	

28. ¿Cual es el departamento de procedencia de la mujer?
- Ahuachapan
- Cabañas
- Cuscatlán
- La Libertad
- La Paz
- La Unión
- Morazán
- San Vicente
- Otro (ESPECIFIQUE)
- No registrado

○

Question: WOM_MUNICIP_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

29. ¿Cual es el municipio de procedencia de la mujer?

- ○ Ahuachapan
- ○ Apastepeque
- ○ Chiltiupan
- ○ Cojutepeque
- ○ El Sauce
- ○ Ilobasco
- ○ La Libertad
- ○ Monte San Juan
- ○ San Antonio Masahuat
- ○ San Cristóbal
- ○ San Esteban Catarina
- ○ San Francisco Gotera
- ○ San Ildefonso
- ○ San Vicente
- ○ Santa Maria Ostuma
- ○ Santa Rosa de Lima
- ○ Sensuntepeque
- ○ Sociedad
- ○ Tacuba
- ○ Tecolulca
- ○ Tejutepeque
- ○ Zacatecoluca
- ○ Otro (ESPECIFIQUE)
- ○ No registrado

Question: WOM_CANTON_ID
Required

30. ¿Cual es el canton de procedencia de la mujer?

Question: WOM_GESTAGE
Required

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

31. Edad gestacional

- ○ Edad: semanas
- ○ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

32. 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

Question: WOM_BABYBIRTH_WHERE
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	En esta unidad de salud	
2	En otra unidad de salud	
3	En la casa	
4	Camino a esta unidad de salud / durante traslado	
5	El nacimiento no ocurrió	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

33. ¿Donde ocurrió este nacimiento?

- ○ En esta unidad de salud
- ○ En otra unidad de salud
- ○ En la casa
- ○ Camino a esta unidad de salud / durante traslado
- ○ El nacimiento no ocurrió
- ○ Otro (especificar): _____
- ○ No registrado

Question: WOM_BABYBIRTH_WHERE_FACILITY
Required
Show if: (WOM_BABYBIRTH_WHERE = 2:[En otra unidad de salud])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ecos Familiar	
2	Ecos Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

34. ¿En qué tipo de unidad ocurrió este nacimiento?

- ○ Ecos Familiar
- ○ Ecos Especializado
- ○ Hospital
- ○ Otro (especificar): _____
- ○ No registrado

Question: WOM_BABYBIRTH_DATE
Required
Show if: (WOM_BABYBIRTH_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

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

35. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé:

Fecha de nacimiento

- ○ Si: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_BABYBIRTH_TIME
Required
Show if: (WOM_BABYBIRTH_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

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

36. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

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

Collection: SEPSIS
Contains: SEP
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Anote si se registró lo siguiente para la usuaria con sepsis.

Collection: SEP
Contains: WOM_SEP_CAUSE_, WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC, WOM_SEP_PROCEDURES_, WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC, WOM_SEP_MEDICATIONS, WOM_SEP_SPECIAL_EVER, WOM_SEP_SPECIAL_TYPE, WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_SEP_RESULT, WOM_SEP_DISPOSITION, WOM_SEP_RESOLVE_DATE, WOM_SEP_RESOLVE_TIME, WOM_SEP_REF_REAS, WOM_SEP_REF_ACCOMTO, WOM_SEP_REF_TYPETO, WOM_SEP_REF_MUNICIPTO, WOM_SEP_REF_NAMETO, WOM_SEP_DIS_DATE, WOM_SEP_DIS_TIME, WOM_SEP_DEATH_DATE, WOM_SEP_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 4) or (FACILITY_TYPE = 3)

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: WOM_SEP_CHECK

37.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)	☐	____ / ____		
Pulso	☐	_____ por minuto		
Frecuencia cardiaca (fc)	☐	_____		
Frecuencia respiratoria (fr)	☐	_____ por		

		minuto			
Temperatura (T°)			°C		
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: WOM_SEP_LAB

38.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Leucocitos		x10^3/liter		
Recuento de plaquetas				
Hemoglobina (Hgb o Hb)				
Hematocrito (Hto o Hct)				
Biometría hemática				
Otro (especificar)				
Otro (especificar)				
Otro (especificar)				

Question Block: WOM_SEP_CAUSE_
Contains: WOM_SEP_CAUSE_ABORT, WOM_SEP_CAUSE_ABORT2, WOM_SEP_CAUSE_PRERUPTURE, WOM_SEP_CAUSE_PERF, WOM_SEP_CAUSE_CORIO, WOM_SEP_CAUSE_ABSCESS, WOM_SEP_CAUSE_PELVICABSCESS, WOM_SEP_CAUSE_ECTINFECT, WOM_SEP_CAUSE_PELVIPER, WOM_SEP_CAUSE_CANALTEAR, WOM_SEP_CAUSE_EPISTOINFECT, WOM_SEP_CAUSE_POSTENDO, WOM_SEP_CAUSE_FEVER, WOM_SEP_CAUSE_RETAIN, WOM_SEP_CAUSE_OTH
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

39. Seleccione la causa de la sepsis (todas las que apliquen)

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE)

	Sí	No
Aborto séptico	○	○
Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados	○	○
Ruptura prematura de las membranas (RPM)	○	○
Perforación uterina	○	○
Corioaminoitis	○	○
Abscesos (en general)	○	○
Absceso pélvico	○	○
Embarazos ectopicos infectados	○	○
Pelviperitonitis	○	○
Desgarro de canal vaginal	○	○
Episiotomía infectada	○	○
Endometritis postparto o post-cesárea	○	○
Fiebre puerperal	○	○
Retención de restos placentarios	○	○
Otro	○	○

Question: WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC
Required
Show if: (WOM_SEP_CAUSE_OTH = 1:[Sí])

40. Sí la respuesta es un otro razón, especifique:

Question Block: WOM_SEP_PROCEDURES_
Contains: WOM_SEP_PROCEDURES_AMEU, WOM_SEP_PROCEDURES_CAVIDAD, WOM_SEP_PROCEDURES_LEGRADO, WOM_SEP_PROCEDURES_HIST, WOM_SEP_PROCEDURES_LAP, WOM_SEP_PROCEDURES_SUTURE, WOM_SEP_PROCEDURES_SURG, WOM_SEP_PROCEDURES_DRENAJE, WOM_SEP_PROCEDURES_SALPIN, WOM_SEP_PROCEDURES_OTH
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

41. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE)

	Sí	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	○	○
Revisión de cavidad uterina	○	○
Legrado instrumental	○	○
Histerectomía	○	○
Laparotomía	○	○
Sutura	○	○
Reparación quirúrgica	○	○
Drenaje	○	○
Salpinguectomia	○	○
Otro	○	○

Question: WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC
Required
Show if: (WOM_SEP_PROCEDURES_OTH = 1:[Sí])

42. Sí la respuesta es un otro procedimiento, especifique:

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_MED

43.

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina				
Clindamicina				
Gentamicina				
Ampicillina				
Metronidazol				
Penicilina				
Penicilina cristalina				
Piperacilina				
Tazobactan				
Otro antibiótico (especificar)				
Otro medicamento (especificar)				
Otro medicamento (especificar)				
Otro medicamento (especificar)				

Question: WOM_SEP_MEDICATIONS
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

○ Sí
○ No

Question: WOM_SEP_SPECIAL_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

45. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?
- Sí, marcado por una notación ME en la firma
- Sí, marcado con un sello
- Sí, marcado con otro método (especificar):
- No
- No registrado

Question: WOM_SEP_SPECIAL_TYPE
Required
Show if: (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gíneco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

46. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?
- Obstetra
- Ginecólogo
- Gíneco-obstetra
- Cirujano
- Otro (especificar):
- No registrado

Question: WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE
Required
Show if: (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

47. Fecha de primera evaluación por la especialista
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
- No registrado

Question: WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME
Required
Show if: (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

48. Hora de primera evaluación por la especialista
- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: WOM_SEP_RESULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Cesárea rutina	
3	Cesárea emergencia	
4	Aborto	
995	Otro	
-1	No registrado	

49. Resultado del embarazo:
- Parto vaginal
- Cesárea rutina
- Cesárea emergencia
- Aborto
- Otro
- No registrado

Question: WOM_SEP_DISPOSITION
Required

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

50. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:
- ○ Murió en el hospital
- ○ Egresó para su casa
- ○ Traslado/referida a otra unidad médica
- ○ Egresó contra las indicaciones médicas
- ○ Desconocido
- ○ Otra (especificar): _____
- ○ No registrado

Question: WOM_SEP_RESOLVE_DATE
Required

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

51. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_SEP_RESOLVE_TIME
Required

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

52. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_SEP_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

53. Razón por la que fue referida/traslado:
- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Choque séptico
- ☐ Descompensada
- ☐ Otro _____
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_REF_ACCOMTO
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

54. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?
- ○ Si, por un médico
- ○ Si, por una enfermera
- ○ Si, por un otro trabajador: _____
- ○ No
- ○ No registrado

Question: WOM_SEP_REF_TYPETO
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

55. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer
- ○ ECOS Familiar (intermedia o básica)
- ○ ECOS Especializado
- ○ Hospital
- ○ Otro (especificar) _____
- ○ No registrado

Question: WOM_SEP_REF_MUNICIPTO
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	

6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

56. ¿A cual municipio fue la unidad?

- Ahuachapan
- Apastepeque
- Chiltiupan
- Cojutepeque
- El Sauce
- Ilobasco
- La Libertad
- Monte San Juan
- San Antonio Masahuat
- San Cristóbal
- San Esteban Catarina
- San Francisco Gotera
- San Ildefonso
- San Vicente
- Santa Maria Ostuma
- Santa Rosa de Lima
- Sensuntepeque
- Sociedad
- Tacuba
- Tecolulca
- Tejutepeque
- Zacatecoluca
- Otro (ESPECIFIQUE)
- No registrado

Question: WOM_SEP_REF_NAMETO
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

57. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

Question: WOM_SEP_DIS_DATE
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

58. Fecha de egreso/referida/traslado

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

Question: WOM_SEP_DIS_TIME
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

59. Hora de egreso/referida/traslado

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: WOM_SEP_DEATH_DATE
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

60. Fecha de defunción

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

Question: WOM_SEP_DEATH_TIME
Required
Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

61. Hora de defunción

- Hora: _____ (HH:MM)
- No registrado

Collection: HEMORRHAGE
Contains: HEM
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Anote si se registró lo siguiente para la usuaria con hemorragia.

Collection: HEM
Contains: WOM_HEM_CAUSE_, WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC, WOM_HEM_PROCEDURES_, WOM_HEM_REPOSITION_SED, WOM_HEM_REPOSITION_SURG, WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC, WOM_HEM_BLOODLOSS, WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL, WOM_HEM_TRANS, WOM_HEM_TRANS_NUM, WOM_HEM_MEDICATIONS, WOM_HEM_SPECIAL_EVER, WOM_HEM_SPECIAL_TYPE, WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_HEM_RESULT, WOM_HEM_DISPOSITION, WOM_HEM_RESOLVE_DATE, WOM_HEM_RESOLVE_TIME, WOM_HEM_REF_REASTO, WOM_HEM_REF_ACCOMTO, WOM_HEM_REF_TYPETO, WOM_HEM_REF_MUNICIPTO, WOM_HEM_REF_NAMETO, WOM_HEM_DIS_DATE, WOM_HEM_DIS_TIME, WOM_HEM_DEATH_DATE, WOM_HEM_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 4) or (FACILITY_TYPE = 3)

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: WOM_HEM_CHECK

62.

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)		/			
Pulso			por minuto		
Frecuencia cardiaca (fc)					
Frecuencia respiratoria (fr)			por minuto		
Temperatura (T°)			°C		
Estado de conciencia					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: WOM_HEM_LAB

63.

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)			segundo		
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)			segundo		
Plaquetas			×10^3/L		
Hemoglobina (Hgb o Hb)			g/dL		
Hematocrito (Hto o Hct)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					

Question Block: WOM_HEM_CAUSE_
Contains: WOM_HEM_CAUSE_ABORT, WOM_HEM_CAUSE_ABORT2, WOM_HEM_CAUSE_ABORT3, WOM_HEM_CAUSE_RETAIN, WOM_HEM_CAUSE_RETAINPART, WOM_HEM_CAUSE_RESTOS, WOM_HEM_CAUSE_PLACENT, WOM_HEM_CAUSE_PREVIA, WOM_HEM_CAUSE_PREVIA2, WOM_HEM_CAUSE_PREMATURE, WOM_HEM_CAUSE_PLACENTA, WOM_HEM_CAUSE_RUPTURE, WOM_HEM_CAUSE_RUPTUREV, WOM_HEM_CAUSE_RUPTUREC, WOM_HEM_CAUSE_ATONY, WOM_HEM_CAUSE_HIPO, WOM_HEM_CAUSE_ECTOPIC, WOM_HEM_CAUSE_ECTOPICROTO, WOM_HEM_CAUSE_DESCERV, WOM_HEM_CAUSE_DESCANAL, WOM_HEM_CAUSE_DESVULVO, WOM_HEM_CAUSE_INVERSION, WOM_HEM_CAUSE_OTRO
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

64. Seleccione la causa de la hemorragia (todas las que apliquen)

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aborto complicado (en general)	○	○
Aborto incompleto complicado con hemorragia	○	○

Hemorragia consecutiva al aborto	○	○
Retención total de placenta	○	○
Retención parcial de placenta	○	○
Restos placentarios o corioplacentarios	○	○
Acretismo placentario	○	○
Placenta previa	○	○
Placenta previa con hemorragia	○	○
Desprendimiento prematuro de placenta	○	○
Desprendimiento de placenta	○	○
Ruptura uterina	○	○
Ruptura vaginales	○	○
Ruptura cervicales	○	○
Atonía uterina	○	○
Hipotonía	○	○
Embarazo ectópico	○	○
Embarazo ectópico roto	○	○
Desgarros cervicales	○	○
Desgarros de canal vaginal	○	○
Desgarros vulvo-perineal	○	○
Inversión uterina	○	○
Otro	○	○

Question: WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC
Required
Show if: (WOM_HEM_CAUSE_OTRO = 1:[Sí])

65. Sí la respuesta es un otro razón, especifique:

Question Block: WOM_HEM_PROCEDURES_
Contains: WOM_HEM_PROCEDURES_AMEU, WOM_HEM_PROCEDURES_CAVIDAD, WOM_HEM_PROCEDURES_LEGRADO, WOM_HEM_PROCEDURES_CSEC, WOM_HEM_PROCEDURES_HIST, WOM_HEM_PROCEDURES_LAP, WOM_HEM_PROCEDURES_BLYNCH, WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE2, WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE, WOM_HEM_PROCEDURES_SURG, WOM_HEM_PROCEDURES_DRENAJE, WOM_HEM_PROCEDURES_SALPIN, WOM_HEM_PROCEDURES_MASAJE, WOM_HEM_PROCEDURES_BIMAN, WOM_HEM_PROCEDURES_AORTA, WOM_HEM_PROCEDURES_TAP, WOM_HEM_PROCEDURES_BALON, WOM_HEM_PROCEDURES_MANUAL, WOM_HEM_PROCEDURES_REP, WOM_HEM_PROCEDURES_HYPOART, WOM_HEM_PROCEDURES_UTART, WOM_HEM_PROCEDURES_OTH
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

66. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	○	○
Revisión de cavidad uterina	○	○
Legrado instrumental	○	○
Cesárea	○	○
Histerectomía	○	○
Laparotomía	○	○
Sutura di B-Lynch	○	○
Suturas compresivas	○	○
Sutura	○	○
Reparación quirúrgica	○	○
Drenaje	○	○
Salpinguectomia	○	○

Masaje uterino	○	○
Compresión bimanual	○	○
Compresión de la aorta	○	○
Taponmiento uterino	○	○
Balón hidrostático	○	○
Extracción manual (de la placenta)	○	○
Reposición o restitución del útero con técnicas no quirúrgicas (como mainbra de Johnson) o quirúrgicas (como maniobras de Huntington o de Haultani)	○	○
Ligadura de la arteria hipogástrica	○	○
Ligadura de la arteria uterina	○	○
Otro	○	○

Question: WOM_HEM_REPOSITION_SED
Required
Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_REP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, con analgésicos	
2	Sí, con sedacion	
3	Sí, con anestesia	
0	No	
-1	No registrado	

67. ¿Le administraron anestesia o sedantes a la mujer durante la reposición del útero?
- ○ Sí, con analgésicos
- ○ Sí, con sedacion
- ○ Sí, con anestesia
- ○ No
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_REPOSITION_SURG
Required
Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_REP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Técnica no quirúrgica (especificar):	
2	Técnica quirúrgica (especificar):	
-1	No registrado	

68. ¿Que técnica se usó durante el reposición del útero?
- ○ Técnica no quirúrgica (especificar): _____
- ○ Técnica quirúrgica (especificar): _____
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC
Required
Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_OTH = 1:[Sí])

69. Sí la respuesta es un otro procedimiento, especifique:
_____

Question: WOM_HEM_BLOODLOSS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cantidad de sangre	
-1	No registrado	

70. ¿Cuánta sangre perdió la mujer durante la complicación?
- ○ Cantidad de sangre _____
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

71. ¿Existe alguna valoración cualitativa sobre la cantidad de sangre perdida
- ○ Sí _____
- ○ No

Question: WOM_HEM_TRANS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

72. ¿La mujer recibió alguna transfusión de sangre?
Sí

- ○
- ○ No

Question: WOM_HEM_TRANS_NUM
Required
Show if: (WOM_HEM_TRANS = 1:[Sí])

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

73. ¿Cuántos mililitros de sangre recibió la mujer?
- ○ _____ ml
- ○ No registrado

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

Custom Layout Question: WOM_HEM_MED

74.

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina				
Lactato de Ringer				
Hartman				
Solución salina				
Gentamicina				
Misoprostol				
Metilergonovina				
Otro uterotónico (especificar)				
Otro medicamento (especificar)				
Otro medicamento (especificar)				
Otro medicamento (especificar)				

Question: WOM_HEM_MEDICATIONS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

75. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?
- ○ Si
- ○ No

Question: WOM_HEM_SPECIAL_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

76. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?
- ○ Sí, marcado por una notación ME en la firma
- ○ Sí, marcado con un sello
- ○ Sí, marcado con otro método (especificar): _____
- ○ No
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_SPECIAL_TYPE
Required
Show if: (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gineco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

77. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?
- Obstetra
- Ginecólogo
- Gíneco-obstetra
- Cirujano
- Otro (especificar):
- No registrado

Question: WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_DATE
Required
Show if: (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary

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

78. Fecha de primera evaluación por la especialista
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
- No registrado

Question: WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_TIME
Required
Show if: (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary

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

79. Hora de primera evaluación por la especialista
- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: WOM_HEM_RESULT
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Cesárea rutina	
3	Cesárea emergencia	
4	Aborto	
995	Otro	
-1	No registrado	

80. Resultado del embarazo:
- Parto vaginal
- Cesárea rutina
- Cesárea emergencia
- Aborto
- Otro
- No registrado

Question: WOM_HEM_DISPOSITION
Required

Scale Summary

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

81. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:
- Murió en el hospital
- Egresó para su casa
- Traslado/referida a otra unidad médica
- Egresó contra las indicaciones médicas
- Desconocido
- Otra (especificar):
- No registrado

Question: WOM_HEM_RESOLVE_DATE
Required

Scale Summary

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

82. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
- No registrado

Question: WOM_HEM_RESOLVE_TIME
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Hora:	

-1	No registrado	

83. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
- ○ Hora: [ ] (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_REASTO
Minimum checks: 1
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

84. Razón por la que fue referida/traslado:
- ☐ Baja presión arterial
- ☐ Baja hemoglobina
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Otro [ ]
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_ACCOMTO
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

85. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?
- ○ Si, por un médico
- ○ Si, por una enfermera
- ○ Si, por un otro trabajador: [ ]
- ○ No
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_TYPETO
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

86. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer
- ○ ECOS Familiar (intermedia o básica)
- ○ ECOS Especializado
- ○ Hospital
- ○ Otro (especificar) [ ]
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_MUNICIPTO
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

87. ¿A cual municipio fue la unidad?
- ○ Ahuachapan
- ○ Apastepeque
- ○ Chiltiupan
- ○ Cojutepeque
- ○ El Sauce
- ○ Ilobasco

- ○ La Libertad
- ○ Monte San Juan
- ○ San Antonio Masahuat
- ○ San Cristóbal
- ○ San Esteban Catarina
- ○ San Francisco Gotera
- ○ San Ildefonso
- ○ San Vicente
- ○ Santa Maria Ostuma
- ○ Santa Rosa de Lima
- ○ Sensuntepeque
- ○ Sociedad
- ○ Tacuba
- ○ Tecolulca
- ○ Tejutepeque
- ○ Zacatecoluca
- ○ Otro (ESPECIFIQUE) _____
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_NAMETO
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

88. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

_____

Question: WOM_HEM_DIS_DATE
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

89. Fecha de egreso/referida/traslado

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_DIS_TIME
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

90. Hora de egreso/referida/traslado

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_DEATH_DATE
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

91. Fecha de defunción

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_HEM_DEATH_TIME
Required
Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

92. Hora de defunción

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Collection: PRE-ECLAMPSIA
Contains: PRE_
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

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

Collection: PRE_
Contains: WOM_PRE_MEDICATIONS, WOM_PRE_SPECIAL_EVER, WOM_PRE_SPECIAL_TYPE, WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_PRE_RESULT, WOM_PRE_RESULT_CSECT, WOM_PRE_DISPOSITION, WOM_PRE_RESOLVE_DATE, WOM_PRE_RESOLVE_TIME, WOM_PRE_REF_REASTO, WOM_PRE_REF_ACCOMTO, WOM_PRE_REF_TYPETO, WOM_PRE_REF_MUNICIPTO, WOM_PRE_REF_NAMETO, WOM_PRE_DIS_DATE, WOM_PRE_DIS_TIME, WOM_PRE_DEATH_DATE, WOM_PRE_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 4) or (FACILITY_TYPE = 3)

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: WOM_PRE_CHECK1

93.

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)		/			
Reflejo rotuliano patelar (ROT)					
Pulso			por minuto		
Frecuencia cardiaca (fc)					
Frecuencia respiratoria (fr)			por minuto		
Temperatura (T°)			°C		
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por **primera vez para cada una**

Custom Layout Question: WOM_PRE_CHECK2

94.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones			
Reflejo			
Oliguria			
Otro (especificar)			

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: WOM_PRE_LAB1

95.

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas		x10^3/L			
Aspartato aminotransferasa			U/liter		
Alanina-aminotransferasa			U/liter		
Deshidrogenasa láctica			U/liter		
Creatinina					
Ácido úrico					
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)					
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: WOM_PRE_LAB2

96.

	Registrado	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina (proteinuria)				g/dia		
Otro (especificar)						
Otro (especificar)						

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

Custom Layout Question: WOM_PRE_MED

97.

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)				
Hidralazina				
Nifedipina				
Betametasona				
Dexametasona				

Solución salina

Lactato de ringer

Hartman

Labetalol

Otro antihipertensivo (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Question: WOM_PRE_MEDICATIONS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

98. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?
- Si
- No

Question: WOM_PRE_SPECIAL_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

99. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?
- Sí, marcado por una notación ME en la firma
- Sí, marcado con un sello
- Sí, marcado con otro método (especificar):
- No
- No registrado

Question: WOM_PRE_SPECIAL_TYPE
Required
Show if: (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gíneco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

100. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?
- Obstetra
- Ginecólogo
- Gíneco-obstetra
- Cirujano
- Otro (especificar):
- No registrado

Question: WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE
Required
Show if: (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

101. Fecha de primera evaluación por la especialista
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
- No registrado

Question: WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME
Required
Show if: (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary

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

102. Hora de primera evaluación por la especialista

- ○ Hora: [ ] (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_RESULT
Required

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

103. Resultado del embarazo:

- ○ Cesárea
- ○ Parto vaginal
- ○ Otro [ ]
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_RESULT_CSECT
Required
Show if: (WOM_PRE_RESULT = 1:[Cesárea])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea de emergencia	
2	Cesárea electiva	
-1	No registrado	

104. Especifique el tipo de cesárea

- ○ Cesárea de emergencia
- ○ Cesárea electiva
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_DISPOSITION
Required

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

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

- ○ Murió en el hospital
- ○ Egresó para su casa
- ○ Traslado/referida a otra unidad médica
- ○ Egresó contra las indicaciones médicas
- ○ Desconocido
- ○ Otra (especificar): [ ]
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_RESOLVE_DATE
Required

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

106. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:

- ○ Fecha: [ ] (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_RESOLVE_TIME
Required

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

107. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:

- ○ Hora: [ ] (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_REASTO
Minimum checks: 1
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

108. Razón por la que fue referida/traslado

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

- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_ACCOMTO
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

109. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

- ○ Si, por un médico
- ○ Si, por una enfermera
- ○ Si, por un otro trabajador:
- ○ No
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_TYPETO
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

110. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ○ ECOS Familiar (intermedia o básica)
- ○ ECOS Especializado
- ○ Hospital
- ○ Otro (especificar)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_MUNICIPTO
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

111. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ○ Ahuachapan
- ○ Apastepeque
- ○ Chiltiupan
- ○ Cojutepeque
- ○ El Sauce
- ○ Ilobasco
- ○ La Libertad
- ○ Monte San Juan
- ○ San Antonio Masahuat
- ○ San Cristóbal
- ○ San Esteban Catarina
- ○ San Francisco Gotera
- ○ San Ildefonso
- ○ San Vicente
- ○ Santa Maria Ostuma
- ○ Santa Rosa de Lima
- ○ Sensuntepeque
- ○ Sociedad
- ○ Tacuba

- ○ Tecolulca
- ○ Tejutepeque
- ○ Zacatecoluca
- ○ Otro (ESPECIFIQUE) _____
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_NAMETO
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

112. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

_____

Question: WOM_PRE_DIS_DATE
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

113. Fecha de egreso/referida/traslado

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_DIS_TIME
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

114. Hora de egreso/referida/traslado

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_DEATH_DATE
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

115. Fecha de defunción

- ○ Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_PRE_DEATH_TIME
Required
Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

116. Hora de defunción

- ○ Hora: _____ (HH:MM)
- ○ No registrado

Collection: ECLAMPSIA
Contains: ECL
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias con eclampsia.

Collection: ECL
Contains: WOM_ECL_CHECK_BP_110, WOM_ECL_MEDICATIONS, WOM_ECL_SPECIAL_EVER, WOM_ECL_SPECIAL_TYPE, WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_ECL_RESULT, WOM_ECL_RESULT_CSECT, WOM_ECL_DISPOSITION, WOM_ECL_RESOLVE_DATE, WOM_ECL_RESOLVE_TIME, WOM_ECL_REF_REASTO, WOM_ECL_REF_ACCOMTO, WOM_ECL_REF_TYPETO, WOM_ECL_REF_MUNICIPTO, WOM_ECL_REF_NAMETO, WOM_ECL_DIS_DATE, WOM_ECL_DIS_TIME, WOM_ECL_DEATH_DATE, WOM_ECL_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_CHECK1

117.

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)		/			
Pulso			por minuto		
Frecuencia cardiaca (fc)					
Frecuencia respiratoria (fr)			por minuto		
Temperatura (T°)			°C		
Reflejo rotuliano patelar (ROT)					
Otro (especificar) _____					

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Question: WOM_ECL_CHECK_BP_110
Required

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

118. La presión arterial diastólica supero en cualquier momento 110?

- Sí
- No
- No registrado

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_CHECK2

119.

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones			
Reflejo			
Oliguria			
Otro (especificar)			

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_LAB1

120.

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas		x10^3/L			
Aspartato aminotransferasa			U/liter		
Alanina-aminotransferasa			U/liter		
Deshidrogenasa láctica			U/liter		
Creatinina					
Ácido úrico					
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)					
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					
Otro (especificar)					

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_LAB2

121.

	Registrado	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina (proteinuria)				g/dia		
Otro (especificar)						

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_MED

122.

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)				
Hidralazina				
Nifedipina				
Betametasona				
Dexametasona				
Solución salina				
Lactato de ringer				

Hartman

Labetalol

Otro antihipertensivo (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Question: WOM_ECL_MEDICATIONS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

123. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?
- Si
- No

Question: WOM_ECL_SPECIAL_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

124. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?
- Sí, marcado por una notación ME en la firma
- Sí, marcado con un sello
- Sí, marcado con otro método (especificar):
- No
- No registrado

Question: WOM_ECL_SPECIAL_TYPE
Required
Show if: (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gíneco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

125. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?
- Obstetra
- Ginecólogo
- Gíneco-obstetra
- Cirujano
- Otro (especificar):
- No registrado

Question: WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE
Required
Show if: (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

126. Fecha de primera evaluación por la especialista
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
- No registrado

Question: WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME
Required
Show if: (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

127. Hora de primera evaluación por la especialista
- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: WOM_ECL_RESULT
Required

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

128. Resultado del embarazo:
- ○ Cesárea
- ○ Parto vaginal
- ○ Otro
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_RESULT_CSECT
Required
Show if: (WOM_ECL_RESULT = 1:[Cesárea])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea de emergencia	
2	Cesárea electiva	
-1	No registrado	

129. Especifique el tipo de cesárea
- ○ Cesárea de emergencia
- ○ Cesárea electiva
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_DISPOSITION
Required

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

130. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:
- ○ Murió en el hospital
- ○ Egresó para su casa
- ○ Traslado/referida a otra unidad médica
- ○ Egresó contra las indicaciones médicas
- ○ Desconocido
- ○ Otra (especificar):
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_RESOLVE_DATE
Required

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

131. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
- ○ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_RESOLVE_TIME
Required

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

132. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:
- ○ Hora: (HH:MM)
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_REF_REASTO
Minimum checks: 1
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

133. Razón por la que fue referida/traslado
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ Convulsiones
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_REF_ACCOMTO
Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

134. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

- ○ Si, por un médico
- ○ Si, por una enfermera
- ○ Si, por un otro trabajador:
- ○ No
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_REF_TYPETO
Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

135. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ○ ECOS Familiar (intermedia o básica)
- ○ ECOS Especializado
- ○ Hospital
- ○ Otro (especificar)
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_REF_MUNICIPTO
Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

136. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ○ Ahuachapan
- ○ Apastepeque
- ○ Chiltiupan
- ○ Cojutepeque
- ○ El Sauce
- ○ Ilobasco
- ○ La Libertad
- ○ Monte San Juan
- ○ San Antonio Masahuat
- ○ San Cristóbal
- ○ San Esteban Catarina
- ○ San Francisco Gotera
- ○ San Ildefonso
- ○ San Vicente
- ○ Santa Maria Ostuma
- ○ Santa Rosa de Lima
- ○ Sensuntepeque
- ○ Sociedad
- ○ Tacuba
- ○ Tecolulca
- ○ Tejutepeque
- ○ Zacatecoluca
- ○ Otro (ESPECIFIQUE)
- ○ No registrado

Question: WOM_ECL_REF_NAMETO

Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

137. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

Question: WOM_ECL_DIS_DATE
Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

138. Fecha de egreso/referida/traslado

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

Question: WOM_ECL_DIS_TIME
Required
Show if: (WOM_ECL_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	

139. Hora de egreso/referida/traslado

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: WOM_ECL_DEATH_DATE
Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

140. Fecha de defunción

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

Question: WOM_ECL_DEATH_TIME
Required
Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

141. Hora de defunción

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

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

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA

142. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat