SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HISTORIA CLINICA - MUJERES EN SITUACION DE ABORTO - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE | APELLIDO

DOMICILIO

LOCALIDAD / MUNICIPIO | TELEF.

FECHA DE NACIMIENTO (día mes año)

EDAD (años) ○ < de 15 ○ > de 35

ALFA BETA: no ○ si ○

ESTUDIOS: ninguno ○ primaria ○ secund. ○ univers. ○ años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL: casada ○ unión estable ○ soltera ○ otro ○ vive sola no ○ si ○

Lugar de procedencia

Lugar del parto/aborto

N° Identidad

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave

PERSONALES: TBC (I II G), cirugía genito-urinaria, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia, VIH+

OBSTETRICOS: gestas previas | abortos | vaginales | nacidos vivos | viven

ULTIMO PREVIO: n/c ○ <2500g ○ normal ○ ³ 4000g ○

Antecedente de gemelares no ○ si ○

emb. ectópico

3 espont. consecutivos

partos | cesáreas | nacidos muertos | muertos 1ra. sem. | después 1ra. sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año | menos de 1 año | cesárea ○ parto ○ aborto ○

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR Kg | TALLA (cm) 1

FUM día mes año

FPP día mes año

EG CONFIABLE por FUM no ○ si ○ | Eco <20 s. ○

ANTECEDENTES: FUMA ACT. no ○ si ○ | FUMA PAS. no ○ si ○ | DROGAS no ○ si ○ | ALCOHOL no ○ si ○

EMBARAZO PLANEADO no ○ si ○

FRACASO METODO ANTICONCEP. no usaba ○ barrera ○ DIU ○ hormonal ○ emergencia ○ natural ○

GRUPO | Rh − ○ + ○

Inmunización no ○ si ○

ADMISIÓN POR ABORTO ○

FECHA DE INGRESO día mes año | hora min

MOTIVO DE CONSULTA: metrorragia, fiebre, dolor, otros (no ○ si ○)

ABORTO LEGAL: no ○ si ○ indicación

EDAD GESTACIONAL: semanas días | por FUM ○ por ECO ○

ACOMPAÑANTE: pareja ○ otro ○ familiar ○ ninguno ○

PROCEDENCIA

TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO: no ○ si ○ → cuál?

TRANSPORTE: ambulancia ○ personal ○ público ○ desconocido ○

TIEMPO DE TRASLADO: días horas minutos

PRE - PROCEDIMIENTO

SIGNOS VITALES

PULSO: ≥ 100 ≤ 60 lpm ○

PRESION ARTERIAL: ≥ 140/90 ≤ 80/50 mmHg ○

TEMPERATURA: ○ ≥ 38ºC

FRECUENCIA RESPIRATORIA: rpm > 16 ○

LABORATORIO

HEMOGLOBINA: ○ <10.0 g/dL | g/dL

VDRL/RPR: − ○ + ○ no se hizo ○

TTO. SIFILIS: no ○ si ○ n/c ○

VIH: − ○ + ○ no se hizo ○

SINTOMATOLOGIA

Días y Horas

desde el Inicio del 1er síntoma

COMPLICACIONES

no ○ si ○

infección genital ○ infección pelviana ○ sepsis ○ hemorragia excesiva ○ shock hipovolémico ○ perforación desgarro o daño ○ vaginal ○ uterino ○ pélvico ○ otro ○

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Estado del aborto actual: completo ○ incompleto ○ se desconoce ○ no aplica ○

Tipo: espont ○ frustro ○ mola ○ emb. no viable ○ terap. ○ terap. fallido ○ no especif. ○ otro ○

COD DIAG CIE 10: Admisión Presuntivo

EXAMEN CLINICO

CONCIENCIA: lúcida ○ soporosa ○ excitada ○ comatosa ○

PIEL y MUCOSAS: normal ○ pálida ○ equimosis ○ petequias ○ ictericia ○

ABDOMEN: normal ○ viscerom ○ rebote ○ distendido ○ signos perit ○ silencio intestinal ○

EXAMEN GINECOLOGICO

UTERO POR EXAMEN BIMANUAL

Tamaño sem | Posición: AVF ○ medio ○ RVF ○ | Cuello cerrado: No ○ Si ○ | Restos: s/d ○ No ○ Si ○ | Vagina normal: No ○ Si ○

ECO: no ○ si ○ Tamaño útero sem

ANALGESIA: Solicitada no ○ si ○ | Realizada no ○ si ○

SANGRADO: no ○ si ○ → leve ○ moderado ○ severo ○

DOLOR: no ○ si ○ — score

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO

FECHA DE PROCEDIMIENTO día mes año | hora min

MADURACION CERVICAL: horas | prosta-glandinas No ○ Si ○ | dilat osmótico/ laminaria ○ ○

EVACUACION UTERINA: No ○ Si ○ — AMEU ○ AEU ○ LUI ○ MED ○

AMBIENTE: examen ○ partos ○ proced ○ quirof ○ otro ○

MEDICACION RECIBIDA: oxitocina, prostaglandinas, antiprogest, antibióticos, sedación, analgesia, anest. local, anest. region., anest. gral., transfusión (no ○ si ○)

otro no ○ si ○ código | medic 1 | medic 2 | medic 3 | medic 4 | SCORE DE DOLOR

HALLAZGOS

OTROS PROCEDIMIENTOS: Reparación les. utero No ○ Si ○ | Reparación les. cerv./vag. No ○ Si ○ | histerectomía No ○ Si ○ | tto. sepsis No ○ Si ○ | Responsable

Complicaciones intraoperatorias: no ○ si ○

Quirúrgicas: sangrado excesivo ○ | lesión cerv./vag. ○ | lesión uter./intest. ○ | otra ○ especificar

Anestésicas: reacción adversa ○ | convulsión ○ | paro cardiaco ○ | otra ○ especificar

POST-PROCEDIMIENTO

FECHA fin de procedimiento día mes año | hora min

tensión arterial	pulso	temp.	sangr.	dolor

Consejería/Información

	oral	escrito	ning
cuidados básicos	○	○	○
signos de alarma	○	○	○
anticoncepción	○	○	○
cita de seguimiento	○	○	○

cita de control de seguimiento día mes año

EGRESO

FECHA día mes año | hora min

TIPO DE EGRESO: egreso médico ○ | contra voluntad médica ○ | fallece ○ | fuga ○

CONDICION AL EGRESO: sana ○ | con patología ○ | traslado ○ | muerte ○

TRATAMIENTO: atb prof ○ | atb terap ○ | analg ○ | otro ○ | ning ○

OBSERVACIONES

CONFIRMACION DE DIAGNOSTICO compare con diagnósitco de admisión

estado del aborto

diagnóstico final

COD DIAG CIE 10 EGRESO

ANTICONCEPCION

Inició MAC No ○ Si ○

	solic.	recib.
ACO "píldora"	○	○
Inyectable	○	○
implante	○	○
otro hormonal (anill o vaginal, parche, AE)	○	○
otro método barrera	○	○
condón	○	○
DIU	○	○
EQV masc	○	○
EQV fem	○	○
abstinencia	○	○

ANTI RUBEOLA vigente No ○ Si ○

REFERIDA: No ○ Si ○ | violencia ○ | adolescencia ○ | VIH/ITS ○ | infertilidad ○ | otro ○ especifique | psicología ○ | anticoncepción ○ | otro establ. ○

Responsable

Este color significa **ALERTA** (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

HCP_ESP_Aborto (04-2017)