

HOJA DE REPORTE DE CASO PARA INFLUENZA TIPO A/H1N1 EN EMBARAZADAS

Para embarazadas (no-hospitalizadas), favor de completar la hoja de reporte de casos de Influenza Novel tipo A (H1N1) en adición a esta forma.
(Para embarazadas hospitalizadas, completar también forma para la "Descripción clínica de casos hospitalizados (hoja en inglés)")

Enviar por facsímil al: (787) _____ o por correo electrónico: @salud.gov.pr

(uso Depto. de Salud)

Núm. ID Oficina EPI (ID epidemiología) _____ CDC EPI ID # _____

Núm. ID 1 Muestra de Lab. SP Dpto. Salud _____ CDC lab muestra ID #1 _____

Núm. ID 2 Muestra de Lab. SP Dpto. Salud _____ CDC lab muestra ID #2 _____

CDC (lab) unique ID # _____

Nombre de Persona completa la Hoja de Reporte: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Hoja Completada: / / (mm/dd/aaaa)

Apellidos: _____ **Nombre:** _____

Municipio de Residencia: _____ **Región:** _____

Números de Embarazos: Núm. Partos: Fecha estimada de parto: / / (mm/dd/aaaa)

Cuidado Prenatal: Sí No Iniciado a las semanas de gestación

Pruebas Prenatales:

¿Diagnosticada con alguna infección/transmisión sexual (ETS) (incluye Sífilis, GC, VIH, Clamidia, Hep.B)?

Sí No Si marcó "Sí" especifique: _____

¿Algún defecto congénito identificado prenatalmente? Sí No Si marcó "Sí" especifique: _____

Favor de indicar algunas de las siguientes *complicaciones* durante el embarazo:

- Diabetes gestacional
- Pre-eclampsia/alta presión inducida por embarazo
- Parto antes del término
- Sangrado – Si es "sí", especifique el diagnóstico (ej. fuente y causa del sangrado): _____
y edad gestacional estimada al comienzo del sangrado: # semanas
- Otro, (especifique): _____

Medicamentos utilizados durante el embarazo:

Tratamiento para fiebre por Enfermedad similar a Influenza durante embarazo:

¿Acetaminofen? Sí No

¿NSAID? (anti-inflamatorios no esteroideos- ej: aspirina, ibuprofen, etc.) Sí No

¿Antibióticos durante el embarazo? Sí No Si es "sí", especifique el nombre del antibiótico: _____

Condición tratada: _____ Fecha // (mm/dd/aaaa)

Labor de Parto y Post Parto:

Fecha de Parto // (mm/dd/aaaa)

Edad gestacional estimada al momento del parto: # semanas

Complicaciones Intraparto:

Hemorragia

Corioamnionitis (Inflamación de las membranas fetales)

Otro (especifique): _____

Duración del parto: horas

Tipo de Parto:

Aborto espontáneo

Aborto terapéutico

Parto vaginal espontáneo

Parto Vaginal asistido por aspiradora ("vacuum")

Parto vaginal asistido con "forceps"

Nacimiento por Cesárea

Razón para la Cesárea: _____

¿Complicaciones post-parto (incluye hemorragia post parto)? Sí No

Si marcó "Sí" especifique: _____

¿La paciente estaba febril durante la labor de parto y parto o dentro de las 48 del parto? Sí No

¿Cuál fue el diagnóstico? _____

y ¿cuál fue el tratamiento? (medicamentos) _____

Información relacionada al Infante (si hubo post-parto)

Peso al nacer: _____ gramos

Puntuación Apgar: _____ 1 minuto _____ 5 minutos

¿Admitido a Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)? Sí No si marcó "Sí", Núm. días en NICU:

¿Otras complicaciones del recién nacido durante la hospitalización (describa, incluyendo si hubo necesidad de resucitación, signos/síntomas de la enfermedad, sepsis, etc.)?

¿Algún defecto congénito notado al nacer? Sí No si marcó "Sí", describa: _____

Fecha de Alta del Hospital // (mm/dd/aaaa) o muerte // (mm/dd/aaaa)

Información contacto del médico de cabecera:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____