



Seguimiento de mujeres embarazadas vacunadas inadvertidamente con biológico adyuvantado (Celtura®)

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido
Segundo apellido	Teléfono	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjería <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.		Número de identificación

2. ANTECEDENTES

Número de Gestaciones (Incluida la actual)	Número de partos previos	Número de abortos previos
Edad gestacional al momento de la vacunación (En semanas)		
Fecha última menstruación Día Mes Año	Fecha probable del parto Día Mes Año	Fecha de aplicación Celtura® Día Mes Año
Lugar de vacunación (nombre del puesto - centro de vacunación)	Departamento / municipio Depto. Municipio	

2.1 Tipo de régimen en salud <input type="checkbox"/> 1 Contributivo <input type="checkbox"/> 2 Subsidiado <input type="checkbox"/> 3 Excepción <input type="checkbox"/> 4 Especial <input type="checkbox"/> 5 No afiliado	2.2 Nombre de la administradora de servicios de salud Código
--	--

Nombre/Razón social de la UPGD encargada de los controles prenatales	Código de la UPGD Depto. Municipio Código Sub.
--	---

Estado de salud previo a la vacunación <input type="checkbox"/> 1 Sano <input type="checkbox"/> 2 Decaído <input type="checkbox"/> 3 Irritable <input type="checkbox"/> 4 Febril	¿Recibió medicamentos durante la semana anterior a la vacunación? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál (es)?:
---	---

¿Tiene antecedentes patológicos? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál (es)?:	Durante el periodo de gestación tuvo exposición frente a agentes teratogénicos <table border="1"> <tr> <td>Biológica</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2 No</td> <td>Trimestre de exposición</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2 No</td> <td>Trimestre de exposición</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ambiental</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2 No</td> <td>Trimestre de exposición</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Otra</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2 No</td> <td>Trimestre de exposición</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 2 No</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </table>	Biológica	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Medicamentos	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Ambiental	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Otra	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Biológica		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																													
Medicamentos		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																													
Ambiental	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																														
Otra	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No	Trimestre de exposición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																														
Ninguna	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																														
¿Tiene antecedentes alérgicos? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál (es)?:																																				
¿Ha presentado alguna reacción en las 6 semanas posteriores a la vacunación? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál (es)?:																																				

3. PRODUCTO DE LA GESTACIÓN

Nacido vivo <input type="checkbox"/>	Aborto <input type="checkbox"/>	Mortinato <input type="checkbox"/>	Muerte Precoz <input type="checkbox"/>	Muerte Tardía <input type="checkbox"/>	Fecha Desenlace Día Mes Año
Edad gestacional al momento del desenlace	Número de Controles prenatales	Parto: Único <input type="checkbox"/>	Múltiple <input type="checkbox"/>		

4. DATOS DEL RECIÉN NACIDO VIVO

Apgar al minuto	Peso al nacer	Talla	Perímetro cefálico:	Sexo <input type="checkbox"/> M (1) Mas. <input type="checkbox"/> F (2) Fem.
Apgar a los 5 minutos			Perímetro torácico:	

Presento alguna complicación en el momento del parto <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál (es)?:	Presenta (ó) alguna patología o defecto congénito <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No ¿Cuál (es)?:
--	---