GRUPO ROISA

Formulario de Ingreso al PMI – Triage Obstétrico

(Para completar por el/la obstetra al momento de la incorporación al PMI)

1) Identificación de la gestante

Apellido y nombre (OBLIGATORIO): _____

DNI / Nº afiliada (OBLIGATORIO): _____

Teléfono y correo (OBLIGATORIO): _____ / _____

Centro/efector de control (OBLIGATORIO): _____

Profesional responsable (OBLIGATORIO): _____ Matrícula: _____

2) Datos gestacionales

FUM (OBLIGATORIO): ____ / ____ / _____ FPP (OBLIGATORIO): ____ / ____ / _____

EG (semanas+días) (OBLIGATORIO): _____s _____d

Gestas / Partos / Abortos (OBLIGATORIO): G ____ P ____ A ____

Cesáreas previas (OBLIGATORIO): ☐ No ☐ Sí → Nº: ____ Tipo uterino: _____

Embarazo actual (OBLIGATORIO): ☐ Único ☐ Múltiple

3) Controles y parámetros actuales

TA (OBLIGATORIO): _____ / _____ mmHg

Peso (OBLIGATORIO): _____ kg Talla (OBLIGATORIO): _____ cm IMC: _____

Signos/síntomas actuales (OBLIGATORIO):

☐ Ninguno ☐ Cefalea ☐ Fosfenos ☐ Edemas ☐ Dolor hipogástrico ☐ Sangrado ☐ Leucorrea

☐ Disuria ☐ Náuseas/Vómitos persistentes ☐ Otros: _____

4) Laboratorio y estudios iniciales (adjuntar si están disponibles)

Grupo/Rh (OBLIGATORIO): _____ / _____ Coombs indirecto: ☐ Neg ☐ Pos (título: _____)

Hb/Hto (OBLIGATORIO): _____ / _____ Glucemia en ayunas (OBLIGATORIO): _____ mg/dL

VDRL/RPR (OBLIGATORIO): ☐ Neg ☐ Pos VIH (OBLIGATORIO): ☐ Neg ☐ Pos

HBsAg (OBLIGATORIO): ☐ Neg ☐ Pos

Urocultivo (OBLIGATORIO): ☐ Neg ☐ Pos (germen: _____ / tratamiento: _____)

Toxoplasmosis: IgG ☐ + / ☐ – IgM ☐ + / ☐ –

Ecografía 1° trimestre (si disponible): ☐ Normal ☐ Hallazgos: _____

Tamizaje aneuploidías (si aplica): ☐ Bajo riesgo ☐ Alto riesgo

5) Antecedentes personales relevantes (marcar todo lo que corresponda)

Maternos: ☐ HTA crónica ☐ DM tipo 1/2 ☐ Enfermedad renal ☐ Cardiopatía ☐ Tiroidea no controlada ☐ Epilepsia ☐ Trombofilia/APS ☐ Autoinmune activa ☐ VIH ☐ TB ☐ Asma/COPD moderada–severa ☐ IMC <18,5 ☐ IMC ≥35 ☐ Edad <15 ☐ Edad ≥40 ☐ Tabaco ☐ Alcohol ☐ Sustancias ☐ Situación social de riesgo

Obstétricos previos: ☐ Preeclampsia/eclampsia ☐ RCIU ☐ Parto pretérmino (<37s) ☐ Óbito perinatal ☐ HPP severa ☐ Placenta previa/acretismo ☐ Isoinmunización Rh ☐ Cesárea corporal/clásica

6) Situación del embarazo actual (marcar si presente)

☐ Sangrado ☐ Amenaza de aborto/parto pretérmino ☐ Hipertensión gestacional ☐ Proteinuria/preeclampsia sospechada ☐ Cefalea intensa/fosfenos ☐ Dolor en epigastrio ☐ Diabetes gestacional/hiperglucemia ☐ ITU recurrente/pielonefritis ☐ Placenta previa (eco) ☐ Cuello ≤25 mm (20–24s) ☐ Oligo/Polihidramnios ☐ Gestación múltiple ☐ Malformación fetal sospechada

7) Inmunizaciones y profilaxis

Antigripal: ☐ Aplicada fecha ____/____/_____ ☐ Pendiente

dTpa (27–36s): ☐ Aplicada fecha ____/____/_____ ☐ Pendiente

Anti-D (si Rh – y corresponde): ☐ Aplicada ☐ Programada fecha ____/____/_____

8) Estratificación de riesgo (para Auditoría Médica)

• ALTO RIESGO: ≥1 criterio mayor (HTA crónica, DM pregestacional, nefro/cardiopatía, trombofilia/APS, autoinmune activa, VIH no suprimido, embarazo múltiple, placenta previa/acretismo, antecedentes obstétricos graves, preeclampsia actual/sospecha, parto pretérmino previo, IMC ≥35 o <18,5, edad <15 o ≥40) o ≥2 criterios menores.

• BAJO RIESGO: ausencia de criterios mayores y <2 criterios menores.

Clasificación final del obstetra (OBLIGATORIO): ☐ Bajo riesgo ☐ Alto riesgo

Fundamentación breve (OBLIGATORIO):

_____

Plan sugerido (OBLIGATORIO):

Frecuencia de control: ☐ Mensual (BR) ☐ Quincenal (AR) ☐ Semanal (AR)

Nivel de complejidad: ☐ I ☐ II ☐ III (referencia)

Interconsultas: ☐ Medicina materno-fetal ☐ Nutrición ☐ Psicología/Social ☐ Clínica/Endocrino ☐ Otras: _____

Estudios a programar:

_____

9) Documentación adjunta (OBLIGATORIO marcar lo presentado)

☐ Eco 1° T ☐ Laboratorio inicial completo ☐ Carnet perinatal ☐ Interconsultas previas ☐ Otros: _____

Declaración y firma

Fecha de confección (OBLIGATORIO): ____ / ____ / _____

Firma y sello del obstetra (OBLIGATORIO):

_____

Notas operativas para Auditoría (uso interno)

• Si ALTO RIESGO → derivar a alto nivel/medicina materno-fetal y programar seguimiento estrecho.

• Verificar adjuntos críticos: Grupo/Rh, Hb/Hto, VDRL, VIH, HBsAg, urocultivo, Eco 1°T.

• Registrar en sistema la clasificación y el plan dentro de las 24–48 horas.