



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
HOJA DE VIGILANCIA DE CASOS DE SEPSIS NEONATAL Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS

IDENTIFICACIÓN

1. Número de historia clínica:_____	2. Fecha de ingreso_____
3. Nombre hospital de nacimiento:_____	
4. Nombre del centro de salud que refiere:_____	

CARACTERISTICAS DEL NEONATO

5. Sexo: 1 Masc. 2 Fem.	6. Edad al ingreso:_____	7. Fecha de nacimiento:_____	
8. Edad gestacional al nacimiento:_____		9. Peso al nacer:_____	
10. Vía de nacimiento: 1. Cesárea 2. Parto vaginal		11. Lactancia exclusiva y temprana	Si No

CARACTERISTICAS DE LA MADRE

12. Edad:_____	13. Nivel Educativo:_____	14. En qué trabaja:_____
15. Dirección: 1. Barrio o comunidad_____		2. Provincia:_____

FACTORES DE RIESGO MATERNO

Corioamnionitis	Si	No	Infección Vaginal	Si	No	Tx._____
Líquido fétido	Si	No	Infección de las vías urinarias	Si	No	Tx._____
No. De veces se chequeó el embarazo:_____			Fiebre	Si	No	Tx._____
Parto prolongado No. de horas:_____	Si	No	Infección de Transmisión Sexual (Clamiasis, sífilis, VPH, VIH..)	Si	No	Tx._____
RPM No. de horas:_____	Si	No	Otras_____	Si	No	Tx._____

FACTORES DE RIESGO DEL NEONATO.

Prematurez	Si	No	Asfixia	Si	No
Bajo peso	Si	No	Ventilación asistida	Si	No
Canalización umbilical	Si	No	Ex-sanguino/transfusión	Si	No
Multiinvasión con catéteres	Si	No	Nutrición parenteral	Si	No
Multipunción	Si	No	Intubaciones	Si	No
Cirugías	Si	No	Otro:_____	Si	No
Reanimación	Si	No	APGAR: 1° _____ 5° _____ 10° _____		

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE INGRESO: _____

SIGNOS O SINTOMAS: MARQUE SI O NO

Fiebre	Si	no	Vómitos	Si	No	Convulsiones	Si	No
Hipotermia	Si	No	Rechazo vía oral	Si	No	Irritabilidad	Si	No
Dificultad respiratoria	Si	No	Fontanela abombada	Si	No	Petequias		
Distensión abdominal	Si	No	Onfalitis	Si	No	Cianosis	Si	No

Hipoactividad o letargo	Si	No	Ictericia	Si	No	Otro_____	Si	No
Palidez	Si	No	Otro_____	Si	No	Otro_____	Si	No

INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS INDIRECTAS DEL INGRESO.

A. PRIMERAS PRUEBAS

Leucocitosis	Si	No	Relación Banda/Neutrofilos	Si	No
Leucopenia	Si	No	Velocidad de eritrosedimentacion elevada	Si	No
PCR positiva	Si	No	Hemoglobina	Si	No
Trombocitosis	Si	No	Otras:_____	Si	No
Trombocitopenia	Si	No	Otras:_____	Si	No

B. SEGUNDAS PRUEBAS

Leucocitosis	Si	No	Relación Banda/Neutrofilos	Si	No
Leucopenia	Si	No	Velocidad de eritrosedimentacion elevada	Si	No
PCR positiva	Si	No	Hemoglobina	Si	No
Trombocitosis	Si	No	Otras:_____	Si	No
Trombocitopenia	Si	No	Otras:_____	Si	No

C. CULTIVOS

Tipo	Fecha Toma muestra	Fecha recibió resultado	Resultado			Gérmén	Sensibilidad
			Pos.	Neg.	NR		
Sangre							
Orina							
LCR							
Otro_____							

D. TIPO Y RESULTADO DE RADIOGRAFIA: _____

TRATAMIENTO

ESQUEMA DE TRATAMIENTO INICIAL				
FECHA DE INICIO	NOMBRE DEL ANTIBIOTICO	DOSIS (MG/KG/DIA)	VIA DE ADMINISTRACION	DIAS DE TX.
	Penicilina cristalina			
	Amikacina			
	Fluconazol			
	Imipenem			
	Meropenem			
	Vancomicina			
	Ampicilina			
	Fosfomicina			
	Cefepime			
	Metronidazol			
	Cefotaxima			
	Otro_____			

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO: 1. SI 2. NO Razón de cambio del antibiótico: _____

ESQUEMA DE TRATAMIENTO AL QUE SE CAMBIO				
FECHA DE CAMBIO	NOMBRE DEL ANTIBIOTICO	DOSIS (MG/KG/DIA)	VIA DE ADMINISTRACION	DIAS DE TX.
	Penicilina cristalina			
	Amikacina			
	Fluconazol			
	Imipenem			
	meropenem			
	Vancomicina			
	Ampicilina			
	Fosfomicina			
	Cefepime			
	Metronidazol			
	Cefotaxima			
	Otro _____			

DIAGNOSTICO DE EGRESO

Sepsis temprana	Sepsis tardía	Sepsis nosocomial	Sospecha de Sepsis clínica
Meningitis	Shock Séptico	Neumonía bacteriana sin esp.	Septicemia

Condición de egreso:	Vivo	Fallecido	Referido _____
Días de estancia en el hospital: ____			
Lugar donde fue atendido:	1. Area de Neonatología 2. Otras áreas _____		
Personal que atendió al Recién Nacido	1. Neonatólogo 2. Residente de Neonatología 3. Pediatra 4. Residente de Pediatría		