

<b>FORMULARIO AUDITORIA DE PARTO PRETERMINO</b> <b>Menor o igual a 32 semanas</b> <b>(Edad gestacional Asignada por Neonatólogo o Pediatra al momento del nacimiento)</b>			
FECHA de realizada la auditoria:    /    /			
<b>DATOS UNIDAD NOTIFICADORA</b>			
Institución de la cual es usuaria la gestante al momento del nacimiento :			
Ciudad / Departamento:			
Responsable de la auditoría:			
Teléfono:		Mail:	
<b>DATOS DE LA GESTANTE</b>			
Nombre:	Edad:	CI:	Teléfono:

<b>DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL</b>			
Código SIP de la/s institución donde efectuó el control:			
Responsable/s del control prenatal - N° CJP:			
N° de Controles: 0* ( )    1 a 4 ( )    5 o + ( )    sin dato ( )			
Edad gestacional 1er control:			
Eco Estructural : si ( ) no ( ) Normal ( ) Patológica ( )			
Especifique:			
Longitud del cérvix < o = 24 semanas:            mm    sin dato ( )			
Riesgo de parto pretérmino detectado previo al nacimiento: si ( ) no ( )			
Especifique: (ver instructivo)			
APP previa en este embarazo: si ( ) no ( ) Edad Gestac :    Tratamiento: si ( ) no ( )			
Recibió tratamiento con corticoides en este embarazo si ( ) no ( ) Fecha:    /    /			
Complicaciones del embarazo actual: no ( ) si ( )			
Especifique: (ver instructivo)			

Tiempo entre la primera consulta en emergencia y el nacimiento:	horas
Motivo de consulta:	
Recibió corticoides antenatales: si ( ) Fecha: / / no ( ) Ya había recibido ( )	
Recibió: Tocolíticos: no ( ) si ( ) cuál: Progesterona : si ( ) no ( ) Sulfato de Mg: si ( ) no ( )	
Llega en período expulsivo: si ( ) no ( )	
Traslado in útero: si ( ) no ( ) Motivo del traslado: Destino del traslado:	

<b>FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO</b>				
Fecha:	/ /	peso:	EG:	Apgar:
Lugar de nacimiento:				
Vivo: ( ) Reanimación : si ( ) no: ( ) Asistido por: Pediatra: ( ) Neonatólogo: ( ) Médico general: ( ) Otro: ( )				
Fallece en el lugar de nacimiento: no ( ) si ( )				
Pretermino menor de 30 semanas: Recepción en bolsa de polietileno : si ( ) no ( )				

<b>TRASLADO DEL RECIEN NACIDO</b>	
Tiempo entre el nacimiento y llegada del móvil que traslado al niño:	horas/minutos
Traslado hasta UCI/CTI neonatal. Mismo centro asistencial ( ) Otro centro asistencial cual:	
Condiciones del traslado: Ambulancia: ( ) Incubadora: ( ) Médico General: ( ) Pediatra: ( )	

Neonatólogo: ( )

Fallece durante el traslado: No ( ) Si ( )

### INGRESO A UNIDAD NEONATAL

Tiempo desde el nacimiento hasta el ingreso a la Unidad Neonatal: \_\_\_\_\_ horas/minutos

Temperatura: \_\_\_\_ Saturación de Oxígeno \_\_\_\_ Cianosis: No ( ) Si ( ) Convulsiones No ( ) Si ( )

Fallece primeras 24 hs a partir del ingreso: No ( ) Si ( )

Considera que el riesgo de amenaza de parto prematuro fue diagnosticado en forma oportuno:

Las intervenciones adoptadas fueron adecuadas:

Considera que el parto se realizó en el nivel adecuado:

¿Considera que podrían haber realizado otras intervenciones? ¿Cuáles plantea?

Si hay intervenciones que no fueron aplicadas, cuál considera que fue el motivo:

**Conclusiones:**