



Formulario Evaluación para Embarazadas y Acompañante

	Embarazada	Acompañante
¿Ha viajado al extranjero en los últimos 14 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguien que viajara al extranjero durante los últimos 14 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha estado en contacto con alguna persona que haya compartido con un paciente confirmado con infección por COVID-19?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha viajado con alguna persona que haya sido confirmado con infección por COVID-19?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido fiebre alta, tos seca o dificultad respiratoria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido la vacuna contra la influenza este año?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



Check List de Información que debe ser entregada a madre y/o familiares de RN frente a la sospecha o confirmación de SARS-2- COVID 19

Después del ingreso de una madre con sospecha o confirmación de SARS-2- COVID 19 es fundamental explicarle porqué se aislará al recién nacido.

Previo al nacimiento el Neonatólogo de turno informará a la madre sobre:

	Información entregada
Evidencia relacionada a la transmisión vertical madre y recién nacido	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Potenciales riesgos de contagio y gravedad en caso de presentarse enfermedad en el recién nacido.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conocimiento actual de la vía de transmisión horizontal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Conducta a seguir al nacer en la atención inmediata con el recién nacido (ver sección puerperio).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Necesidad de adherencia a protocolos de aislamiento tanto del personal de salud que la atiende como factores a considerar en la relación física de madre y RN	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Necesidad de mantener aislamiento y medidas de prevención por 14 días, aun si se encuentre en casa.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nombre y Firma Madre

Nombre y Firma Médico



Documento de Recepción de Información

Frente a la situación de pandemia por Covid-19 recientemente declarada por la OMS, el Servicio de Neonatología de _____ a definido nuevas medidas para la prevención de la infección por este coronavirus. Estas recomendaciones deberán ser re-evaluadas según la evolución de la pandemia en nuestro país.

Hasta el momento, la información específica en relación al impacto del SARS -2 -COVID-19 sobre la embarazada y resultados en el recién nacido es escasa.

No existe a la fecha, evidencia que apoye la transmisión placentaria del virus ni tampoco durante el parto. La transmisión del virus es por contacto directo y por secreciones nasales y bucales de una persona infectada a otra. Es por esto que si usted esta infectada, puede trasmitirla a su recién nacido si no se toman las precauciones necesarias para disminuir el riesgo. No hay evidencia clara tampoco sobre la infección a través de la leche materna; sin embargo existe un riesgo potencial.

El periodo de incubación puede ser hasta 14 días, siendo en promedio 5 a 6 días. Las medidas de protección incluyen elementos de protección personal y el lavado de manos. En caso de enfermedad el aislamiento debe ser de 14 días.

A continuación, se le solicita que tome conocimiento de estas medidas:

Yo, _____ CI número: _____

He recibido la información relacionada a la pandemia de SARS -2 -COVID-19 y como esta puede afectar mi embarazo, parto y a mi recién nacido.

El/la Dr/Dra. _____ me ha entregado la información y un formulario que debo firmar.

Santiago, _____ del 2020.

1.- Mediante el siguiente documento, se me ha informado las medidas que deberán tomarse frente a la sospecha y/o confirmación de COVID-19.

2.- Estas medidas pueden incluir:

- a) Acceso limitado al parto sólo a 1 acompañante que debe estar sano.
- b) Acceso limitado de visitas durante la estadía en puerperio.
- c) Uso de medidas de aislamiento y protección.
- d) Toma de exámenes para confirmar o descartar la infección a mi y a mi recién nacido.
- e) Eventual suspensión del "Apego" si se sospecha o confirma la infección.
- f) Aislamiento para mi y mi recién nacido, separados, mientras se sospecha y/o confirma la infección.
- g) Suspensión transitoria de la lactancia materna mientras se sospecha y/o confirma la infección. Esto se puede mantener por más tiempo en caso de enfermedad.
- h) Hospitalización de mi RN en la unidad de neonatología.
- i) Alta precoz desde puerperio si es factible, para evitar posible contacto con otros enfermos.

Si no estoy de acuerdo con alguna de las medidas, asumiré el riesgo que esto pueda implicar; es decir, que mi recién nacido pueda adquirir la infección.



	Acepto
Acceso limitado al parto sólo a 1 acompañante que debe estar sano.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Acceso limitado de visitas durante la estadía en puerperio.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso de medidas de asilamiento y protección.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Toma de exámenes para confirmar o descartar la infección a mi y a mi recién nacido.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Eventual suspensión del "Apego" si se sospecha o confirma la infección.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Aislamiento para mi y mi recién nacido, separados, mientras se sospecha y/o confirma la infección.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Suspensión transitoria de la lactancia materna mientras se sospecha y/o confirma la infección. Esto se puede mantener por más tiempo en caso de enfermedad.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hospitalización de mi RN en la unidad de neonatología.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nombre y Firma Embarazada

Nombre y Firma Médico