



**ENCUESTA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE BRINDAN CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES
ESENCIALES**



FORMULARIO 3: Información estadística de servicios obstétricos y neonatales

SECCIÓN 0: Identificación del informante [Todos los niveles]

1 Nombre del informante _____

2 Cargo del informante _____

3 Teléfono/celular del informante _____

SECCIÓN 1: Estadísticas de servicios obstétricos y neonatales [Llenar según la casilla "Aplicar en Nivel"]

1 Registre número de casos totales de:

Aplicar en Nivel	Ítem	Año 2024									
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
1°											
2°											
3°											

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

a Atenciones obstétricas

b Referencias enviadas

c Referencias recibidas

d Partos (solo vaginales)

CESAREAS

No **a** Primigestas nulíparas

No **b** Cesárea previa

No **c** Iterativas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (causas más frecuentes para vivas y muertas)

a Hemorragias (antes, durante y después del parto)

b Parto obstruido

c Parto prolongado

d Rotura uterina

e Sepsis puerperal

f Hipertensión inducida por el embarazo

g Abortos espontáneos

h Abortos complicados

i Embarazo ectópico

MUERTE MATERNA

a Hemorragias (antes, durante y después del parto)

SECCIÓN 1: Estadísticas de servicios obstétricos y neonatales [Llenar según la casilla "Aplicar en Nivel"]

1 Registre número de casos totales de: