

ANEXO

Ficha de Recolección de Datos

N° de Ficha _____

Fecha _____

I.-NEONATO

- 1) Hipoglicemia
Si () No ()
Valor de glicemia _____mg/dl.
- 2) Momento del diagnóstico: _____día.
- 2) Edad (en semanas): _____
- 3) Sexo: Masculino () Femenino ()
- 4) Fecha de nacimiento: _____ hora: _____
- 5) Apgar: ____al 1' ____a los 5'
- 6) Tipo de parto:
Eutósico () Vaginal instrumentado ()
Cesárea ()

II.-ANTECEDENTES MATERNOS

- 1) Diabetes Gestacional
Si () No ()
Valor de glicemia materna _____mg/dl
Semana de gestación en que se hizo el diagnóstico _____
- 2) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo
Si () No ()
Presión Arterial _____mmHg
- 3) Isoinmunización Feto-Materna
Si () No ()
Rh ()
ABO ()

III. OTRA COMPLICACIÓN