

FORMULARIO VIGILANCIA DE INDICACIÓN DE CESÁREA.

Nombre de mujer: _____ RUT: _____

Clasificación grupos de Robson (marcar con un círculo)												
1	2.a	2.b	3	4.a	4.b	5.1	5.2	6	7	8	9	10

Causa Fetal		Causa ovular		Causa materna	
Presentación de tronco o transversa		Placenta previa		Antecedentes de dos o más cesáreas	
Presentación podálica		Corioamnionitis		Antecedentes de cirugía uterina	
Registro no tranquilizador		DPNNI		Cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables o EPF >4000	
Fetos con restricción de crecimiento y Doppler alterado		Procidencia de cordón		Cesárea anterior sin consentimiento	
Macrosomía fetal		Embarazo múltiple		Antec. De cirugía vaginal previa	
Las malformaciones cuyo manejo se beneficie de interrupción por cesárea según evidencia				Prevención Transmisión vertical de infecciones maternas	
Ley 21.030 segunda causal				Madre fallecida - Feto vivo	
				Patología materna grave con contraindicación de parto	
				Cesárea por requerimiento materno	
				Prueba de trabajo de parto fracasado	
				Expulsivo detenido	
				Inducción fracasada	
				Fórceps frustrado	
				Ley 21.030 primera causal	

Nombre y firma de Médico tratante

CLASIFICACIÓN DE ROBSON

<p>Grupo 1</p>  <p>Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de >37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Todas las mujeres multiparas con un embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Mujeres multiparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Mujeres multiparas sin una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Todas las mujeres multiparas con al menos una cicatriz uterina previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de <37 semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE INTERVENCIÓN CESÁREA

Con fecha _____, he sido informada por la/el Médica/o sobre las formas de atención de parto disponibles y las que se ajustan tanto a mi condición clínica actual, como a la de mi hijo/a.

En el contexto de que:

1	Debo ser sometida a intervención cesárea por indicación médica dado mi diagnóstico clínico y/o el diagnóstico clínico de mi hijo/a,	
2	A pesar de haber sido informada de las ventajas del parto vaginal y los riesgos asociados a la cesárea, rechazo la opción de parto vaginal, con el fin de acceder a una cesárea programada,	

Manifiesto mi voluntad de ser sometida a este procedimiento.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar y los cuidados que debo tener antes y después de ella. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva el acto quirúrgico (hemorragia materna, mayor duración de mi hospitalización, aumento de la morbilidad respiratoria neonatal, mayor riesgo de placenta previa o acreta y rotura uterina en embarazos posteriores, entre otras).

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales (artículo 36 de ley N° 20.584).

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Nombre mujer:	
RUT:	Firma:
Nombre médico:	
RUT:	Firma:
Nombre ministro de fe/asistente para la lectura en caso de discapacidad psíquica o intelectual o facilitador intercultural:	
RUT:	Firma:

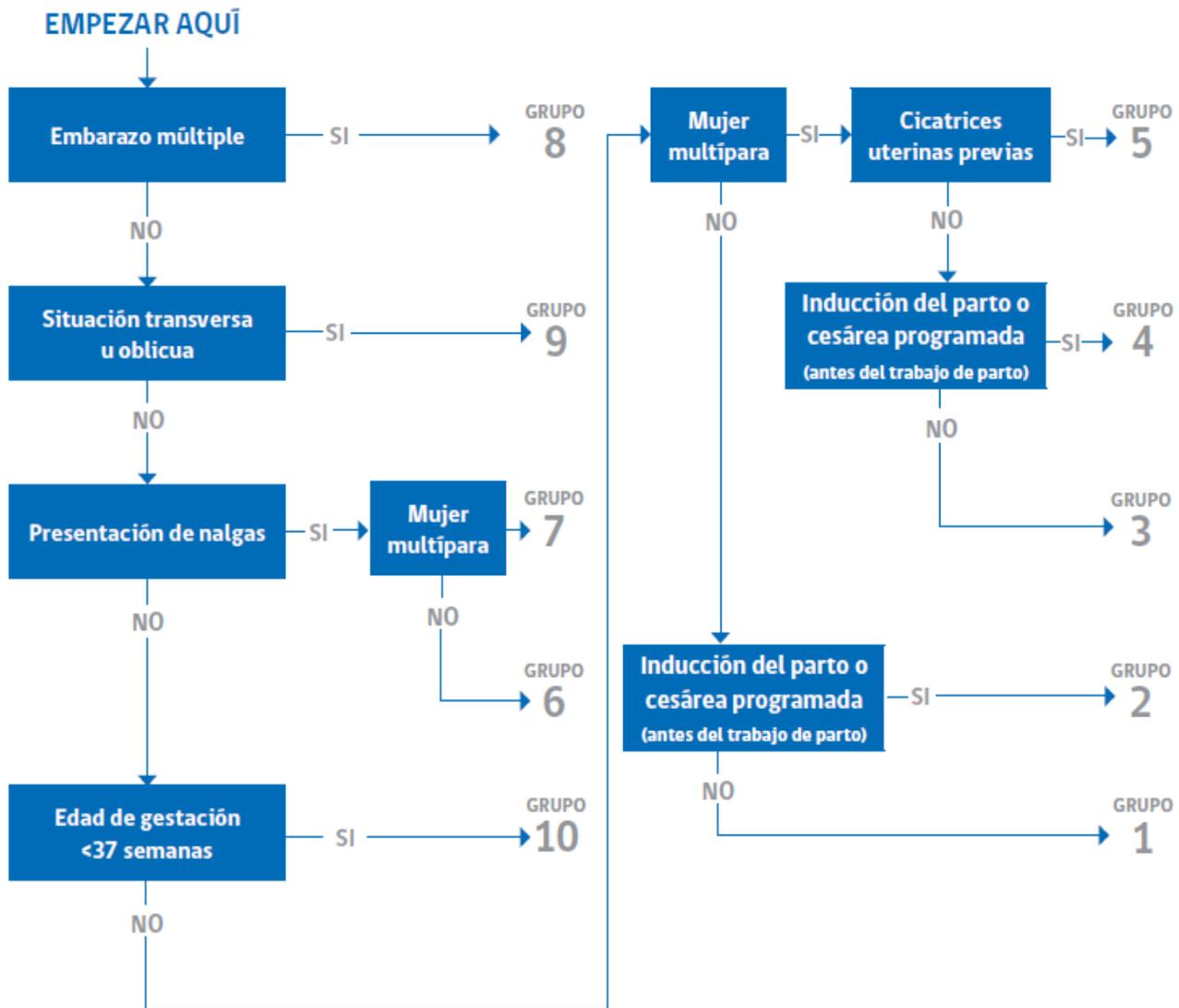
NOTA:

Si en el proceso de firma del formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO participa un tercero ya sea como ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.

Si la mujer no sabe escribir, puede poner su huella digital.

En los casos que la cesárea se realiza en el marco de la ley 21.030 prevalecerán los documentos indicados en el mencionado marco legal.

FLUJO DE DECISIONES PARA CLASIFICACIÓN DE ROBSON.



En los casos que falte o sea ilegible la información de las características obstétricas necesarias para la clasificación, se debe generar un grupo "No clasificable", el cual debe incluirse en los informes considerando: valor absoluto, porcentaje según el total de partos y cuáles son las variables concretas que presentan omisión de información.