



Formulario 2: Datos demográficos de los pacientes y resultados

Traducción al español:

V1. Federico Carini (federico.carini@hiba.org.ar, diciembre 2019)

V2. Eduardo Tobar (agosto 2020)

A. Ingreso

1. **Edad del paciente al ingreso** ___ ___ años
 2. **Sexo**
 Hombre Mujer No binario Desconocido / no disponible
 3. **Peso del paciente (en kilogramos)** (Si se desconoce el peso del paciente, ingrese el dato "999 kg")
___ ___ kg
 4. **Fecha de ingreso a la UCI** (si la fecha de ingreso se desconoce, ingrese "01/ENE/2001")
dd/mmm/yyyy ___ ___/___ ___/___ ___
 5. **Prioridad de ingreso a la UCI** ""
 Electivo/Planeado Emergencia / no planeado Desconocido / no disponible
 6. **Tipo de ingreso a la UCI** (seleccione sólo uno)
 Quirúrgico Médico Obstétrico Trauma
- 6.1 Si el tipo de ingreso es "**Quirúrgico**", elija la opción que mejor se ajuste al diagnóstico principal.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardíaco (corazón o válvulas) | <input type="checkbox"/> Genitourinario |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Torácico |
| <input type="checkbox"/> Musculoesquelético (incluyendo cirugía plástica / reconstructiva y ortopédica) | <input type="checkbox"/> Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Neuroquirúrgico | <input type="checkbox"/> Hematológico / inmunológico |
| <input type="checkbox"/> Vascular | <input type="checkbox"/> Trasplante |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringológico (ORL) | <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible |
| <input type="checkbox"/> Otros | |



6.2 Si el tipo de ingreso es “**Médico**”, elija la opción que mejor se ajuste al diagnóstico principal.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia / anafilaxia | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Paro cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Dermatológico | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Endocrino, metabólico,
termoregulación |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Genito-urinario /
ginecológico | <input type="checkbox"/> Hematológico |
| <input type="checkbox"/> Inmunológico | <input type="checkbox"/> Infección / sepsis | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Neurológico | <input type="checkbox"/> Oncológico | <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos |
| <input type="checkbox"/> Intoxicación | <input type="checkbox"/> Relacionado con el embarazo | <input type="checkbox"/> Psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Reumatológico | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Infección confirmada o
sospecha COVID19 | | |
| <input type="checkbox"/> Desconocido / no
disponible | | |

6.3 Si el tipo de ingreso es “**Trauma**”, elija la opción que mejor se ajuste al diagnóstico principal.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trauma abdominal | <input type="checkbox"/> Quemadura |
| <input type="checkbox"/> Trauma torácico | <input type="checkbox"/> Trauma de craneo (aislado) |
| <input type="checkbox"/> Politrauma (sin trauma de craneo) | <input type="checkbox"/> Politrauma (con trauma de craneo) |
| <input type="checkbox"/> Lesión medular | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible | |

7. **Ingrese el diagnóstico principal del paciente al momento de ingresar a la UCI** (Si se desconoce el motivo de ingreso del paciente, por favor marque “NA”)

8. **Ingrese el diagnóstico secundario del paciente al momento de ingresar a la UCI** (Si se desconoce el motivo de ingreso del paciente, por favor marque “NA”)

B. Soporte orgánico en la UCI

1. **Registre la fecha en la que el paciente fue intubado y se inició la ventilación mecánica (VM).** Si la fecha de inicio se desconoce, ingrese “01/ENE/2001
dd/mmm/yyyy ___/___/_____
2. **Registre la fecha en la que el paciente fue extubado exitosamente y se pudo mantener fuera de la VM** (DD/MMM/YYYY) Si se desconoce la fecha de extubación o el paciente fue transferido a otra localización antes de la extubación, ingrese la fecha “01/ENE/2001”. Si el paciente fue extubado más de una vez durante su internación en la UCI, registre la fecha de la ÚLTIMA extubación. Si el paciente murió mientras estaba en VM, ingrese la fecha de muerte.
dd/mmm/yyyy ___/___/_____



3. ¿Se le realizó una traqueostomía al paciente durante su estadía en la UCI?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

3.1 Ingrese la fecha en que se realizó la traqueostomía con el formato DD/MMM/YYYY. Si se desconoce la fecha de realización del procedimiento, ingrese la fecha "01/ENE/2001"
dd/mmm/yyyy ___/___/_____

4. ¿Requirió el paciente Terapia de Reemplazo Renal (hemodialisis, diálisis peritoneal o terapia de reemplazo renal continuo) durante su estadía en la UCI?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

C. Alta de la UCI

1. **Registre la fecha del egreso de la UCI.** Si la fecha de alta se desconoce, ingrese "01/ENE/2001". Si el paciente todavía está en la UCI, ingrese la fecha como "08/AGO/2008"

dd/mmm/yyyy ___/___/_____

2. **Seleccione el estado del paciente al alta de UCI**

- Vivo Fallecido Desconocido / Información no disponible

2.1 Si el paciente fue dado de alta "Vivo", seleccione su destino al alta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piso de internación general | <input type="checkbox"/> Unidad de Cuidados Intermedios |
| <input type="checkbox"/> Otro hospital (UCI) | <input type="checkbox"/> Otro hospital (Piso) |
| <input type="checkbox"/> Domicilio | <input type="checkbox"/> Hospicio |
| <input type="checkbox"/> Geriátrico | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible | <input type="checkbox"/> Otros |

2.2 Si el paciente fue dado de alta "Vivo", ingrese la fecha en la que el paciente abandonó el hospital. (Si se desconoce la fecha, ingrese la fecha "01/ENE/2001")

dd/mmm/yyyy ___/___/_____

2.3 Si el paciente fue dado de alta "Vivo", elija su estado al ser dado de alta del hospital.

- Vivo
 Fallecido
 Desconocido / Información no disponible