**Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**
**Formulario de Registro de IVE ILE**

**1.DATOS DE INGRESO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: | | | |
| Servicio al que ingresa: | | | |
| Tipo de Efector:<br>Centro de Salud ☐ Hospital ☐ | Nombre del Efector:<br>Localidad: | | |
| Apellido y Nombre: | | | DNI: |
| Fecha de nacimiento: | | Edad: | Grupo y Factor Rh: |
| Provincia: | Dpto: | | Localidad: |
| La situación se encuadra como:<br>**IVE** ☐<br>**ILE** ☐ → Indique la Causal: Riesgo para la salud integral ☐ Riesgo para la vida ☐ Violación ☐ | | | |
| Semanas de gestación cuando la persona solicita la interrupción del embarazo<br>Cantidad de semanas: por FUM: ..... O por examen clínico: ..... O por ECO: ..... | | | |
| ¿La persona viene derivada de otra institución de salud? SI ☐ NO ☐ | | | |
| 1-Se brinda atención y se procede para resolver la IVE o ILE ☐ → completar los datos de Resolución del caso<br>2-Se brinda atención y se deriva a otro efector ☐ → Motivo por el que se deriva:<br>Fecha de derivación: Nombre del Efector al que se deriva: | | | |

**2.RESOLUCIÓN DEL CASO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Semanas de gestación al iniciar el tratamiento:** | | | |
| **Tratamiento Farmacológico** ☐ | Vía de Utilización | Vaginal ☐ Sublingual ☐ Bucal ☐ | |
| | Fármaco utilizado | a) Misoprostol 200mcgr | Cant. de comprimidos utilizados: |
| | | b) Misoprostol 200mcgr + Diclofenac 75mg | Cant. de comprimidos utilizados: |
| | | c) Mifepristona + Misoprostol<br>(1 mifep. + 4 misop. = 1 tratamiento) | Cant. de comprimidos utilizados: |
| | | ¿Utilizó comprimidos de misoprostol adicionales al tratamiento de 1 Mifepristona + 4 misoprostol?<br>No ☐ Si ☐ → ¿cuántos comprimidos adicionales utilizó? ..... | |
| **Tratamiento Instrumental** ☐ | AMEU (como tratamiento inicial, no como resolución de Aborto incompleto ☐ | | |
| | AMEU (como resolución de aborto incompleto) ☐ | | |
| | Legrado (como resolución de aborto incompleto) ☐ | | |
| | ¿Se utilizó Misoprostol 200 mcgr como pre-tratamiento instrumental? ☐<br>Cantidad de comprimidos utilizados: ..... | | |

| |
|---|
| **Resuelto en la Institución** ☐ |
| **Semanas de gestación al momento de resolverse la interrupción del embarazo:** ..... |
| **¿Realizó control post interrupción del embarazo?** SI ☐ NO ☐ No vuelve a consulta ☐ |

| **¿Se pudo realizar Consejería en SSySR?** SI ☐ NO ☐ | | |
|---|---|---|
| **Método anticonceptivo** | **Elegido** | **Entregado/colocado** |
| Preservativo | ☐ | ☐ |
| Anticonceptivo Oral | ☐ | ☐ |
| DIU | ☐ | ☐ |
| DIU-LNG | ☐ | ☐ |
| Implante Subdérmico | ☐ | ☐ |
| Inyectable Mensual | ☐ | ☐ |
| Inyectable Trimestral | ☐ | ☐ |
| Ligadura Tubaria | ☐ | ☐ |
| Otro | ☐ | ☐ |
| Ninguno | ☐ | ☐ |

**Observaciones**

| |
|---|
| Complicaciones: |
| Obstáculos detectados: |
| Otras: |