

CONJUNTO DE DADOS DUQUE PARA PARTO

Definições

Parto O acto de dar à luz uma criança.

Critérios de diagnóstico

Doentes com 15 anos ou idade superior, com um código de diagnóstico principal de parto de acordo com CDI-9 ou CDI-10 e as seguintes características

- e
 - dar à luz pela primeira vez
- e
 - gestação > 37 semanas
- e
 - gravidez unifetal
- e
 - apresentação cefálica
- e
 - uma gravidez sem complicações

Identificação de registos médicos de doentes para inclusão no estudo DUQuE

Condição prévia As mães em parto representam uma grande percentagem de internamentos na unidade de maternidade e são facilmente identificáveis. Queira seguir cuidadosamente o guia abaixo para assegurar a inclusão consecutiva de 30 mães em situação de parto e os seus bebés, de acordo com os critérios especificados de inclusão e exclusão e com a validade científica geral do estudo DUQuE. Obrigado!

Identifique todos as doentes com 15 anos ou idade superior que tiveram alta do hospital com um diagnóstico de CDI-9 ou CDI-10; para parto.

Reveja primeiro os internamentos mais recentes e continue em ordem cronológica decrescente

Procure os registos médicos das doentes, analise cada um dos registos médicos das doentes e responda às perguntas. Continue até ter um total de 30 doentes incluídos.



FOLHA DE CONJUNTO DE DADOS DUQUE PARA PARTO

| Número do campo | Nome do campo | Categorias de resposta | Definição e notas | Guia para respostas | A informação da linha 4 a 15 só deve ser preenchida uma vez para cada hospital | |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------|--|--|
| J01 INFORMAÇÃO DO PAÍS E HOSPITAL | | | | | Hospital | |
| J0101 | País | País: queira especificar o país abaixo | | | Preencha um número de 0-7 | |
| | | 0 | República Checa | | | |
| | | 1 | França | | | |
| | | 2 | Alemanha | | | |
| | | 3 | Polónia | | | |
| | | 4 | Portugal | | | |
| | | 5 | Espanha | | | |
| | | 6 | Turquia | | | |
| | | 7 | Inglaterra | | | |
| J0102 | Nome do hospital | Queira especificar o nome do hospital | | | | |
| | | Texto | Queira preencher o nome do hospital | | Nome do hospital | |
| Número do campo | Nome do campo | Categorias de resposta | Definição e notas | Guia para respostas | ID da doente | |
| J02 DADOS DEMOGRÁFICOS | | | | | 1 | |
| I0201 | Data de nascimento da doente | Queira especificar a data de nascimento da doente | | | | |
| | | DD:MM:AA | Data de nascimento (DD-MM-AAAA) | | Preencha a data exacta ou preencha "9" | |
| | | 9 | Não especificado | | | |
| J03 INTERNAMENTO - MÃE | | | | | 1 | |
| J0301 | Data e hora da chegada ao hospital | Este campo TEM de ser preenchido - todas as doentes têm de ter uma data e hora de internamento. | | | | |
| | | DD:MM:AA | Data (DD:MM:AAAA) | | Preencha a data exacta OU "9" | |
| | | | | 9 | | |
| | | HH:MM | Hora (HH:MM) | | Preencha a hora exacta OU "99" | |
| | | | | 99 | | |

| J04 PARTO - MÃE | | | 1 |
|-----------------|--|--|-----------------------------------|
| J0401 | Data e hora do início do trabalho de parto | Este campo TEM de ser preenchido - todos as doentes têm de ter uma hora de início de trabalho de parto (quando começam as contracções). A hora do início do trabalho de parto pode ter sido em casa. | |
| | | DD:MM:AA 9 Data não especificada | Preencha a data exacta OU "9" |
| | | HH:MM 99 Hora não especificada | Preencha a hora exacta OU "99" |
| J0402 | Indução de trabalho de parto | Como foi efectuada a indução do trabalho de parto? | |
| | | 0 Espontânea 1 Parto provocado 9 Desconhecida | Preencha um número de 0-9 |
| | | | |
| J0403 | Planeamento do nascimento | Como foi planeado o nascimento da perspectiva dos profissionais? | |
| | | 0 Vaginal 1 Cesariana 9 Não especificado | Preencha um número de 0-9 |
| | | | |
| J0404 | Data e hora do início do parto | Este campo TEM de ser preenchido - todos as doentes têm de ter uma hora de início do | |
| | | DD:MM:AA 9 Data não especificada | Preencha a data exacta OU "9" |
| | | HH:MM 99 Hora não especificada | Preencha a hora exacta OU "99" |
| J0405 | Solicitação de anestesia epidural | Foi solicitada anestesia epidural? | |
| | | 0 Não 1 Sim 9 Não especificado | Preencha um número de 0-9 |
| | | | |
| J0406 | Data e hora da aplicação de anestesia epidural | Data e hora da aplicação de anestesia epidural | |
| | | DD:MM:AA 9 Data não especificada | Preencha a data exacta OU "9" |
| | | HH:MM 99 Hora não especificada | Preencha a hora exacta OU "99" |
| J0407 | Parto - com ou sem equipamento | Como foi efectuado o parto da criança? | |
| | | 0 O parto da criança foi efectuado sem qualquer ajuda de equipamentos (nenhum código de procedimento CDI para parto assistido por equipamento - inclui qualquer equipamento em | |
| | | 1 O parto da criança foi efectuado com ajuda de equipamentos (está presente um código de procedimento CDI para parto assistido por equipamento na ficha médica - inclui qualquer equipamento em qualquer fase durante o parto) 2 Vaginal, mas não se sabe se com ou sem equipamento 3 Cesariana 9 Não especificado | |

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|----------|
| J0408 | Resultado do parto | Como foi o resultado do parto (estado da criança no momento do nascimento)? | | | |
| | | 0 | Criança viva no momento do nascimento | Preencha a data exacta OU "9" | |
| | | 1 | Nado-morto | | |
| | | 2 | Nado-morto mas ressuscitado | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0409 | Data e hora em que a criança nasceu | Data e hora em que a criança nasceu. Este campo tem de ser preenchido. | | | |
| | | DD:MM:AA | Data (DD:MM:AAAA) | Preencha a data exacta OU "9" | |
| | | 9 | Data não especificada | | |
| | | HH:MM | Hora (HH:MM) | Preencha a hora exacta OU "99" | |
| 99 | Hora não especificada | | | | |
| J0410 | Laceração de 3º e 4º grau | Ocorreu alguma laceração de 3º e (ou)4º grau? | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0411 | Episiotomia | A mãe teve episiotomia? | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0412 | Hemorragia pós-parto | Ocorreu uma hemorragia pós-parto \geq 1000 ml <i>quantificada ou clinicamente estimada</i>? | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0413 | Transusão sanguínea | A mãe recebeu uma transfusão sanguínea durante a sua permanência no hospital? | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| | | 9 | Não especificado | | |
| | ml | Em caso afirmativo, queira especificar a quantidade de sangue em ml transfundido | Quantidade de sangue transfundido em ml | | ml |
| J05 DIAGNÓSTICO - CRIANÇA | | | | | 1 |
| J0501 | pH do cordão umbilical | O valor do pH (venoso e/ou arterial) do cordão umbilical foi medido e registado? | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0502 | valor do pH do cordão umbilical | Em caso afirmativo; qual era o valor do pH <u>venoso</u> do cordão umbilical? | | | |
| | | 0 | Valor do pH venoso < 7 | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Valor do pH venoso ≥ 7 | | |
| | | 9 | Não especificado | | |
| | | Em caso afirmativo; qual era o valor do pH <u>arterial</u> do cordão umbilical? | | | |
| 0 | Valor do pH arterial < 7 | Preencha um número de 0-9 | | | |
| 1 | Valor do pH arterial ≥ 7 | | | | |
| 9 | Não especificado | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|------------------------|
| J0503 | Índice Apgar aos 5 minutos | O índice Apgar foi registado aos 5 minutos? | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0504 | Valor de Apgar aos 5 minutos | O valor de Apgar foi registado aos 5 minutos? | | | |
| | | 1 | Apgar aos 5 min. = 1 | Preencha um número de 0-10 | |
| | | 2 | Apgar aos 5 min. = 2 | | |
| | | 3 | Apgar aos 5 min. = 3 | | |
| | | 4 | Apgar aos 5 min. = 4 | | |
| | | 5 | Apgar aos 5 min. = 5 | | |
| | | 6 | Apgar aos 5 min. = 6 | | |
| | | 7 | Apgar aos 5 min. = 7 | | |
| | | 8 | Apgar aos 5 min. = 8 | | |
| | | 9 | Apgar aos 5 min. = 9 | | |
| 10 | Apgar aos 5 min. = 10 | | | | |
| J0505 | Idade gestacional | Queira especificar a idade gestacional em semanas | | | |
| | | semanas | Idade gestacional em semanas | Preencha o número de semanas OU "99" | semanas |
| 99 | | | Não especificado | | |
| | | | | | |
| J0506 | Peso e comprimento da criança no momento do nascimento | Queira especificar o peso e comprimento no momento do nascimento (em gramas e cm OU libras e polegadas) | | | |
| | | gramas | Peso no momento do nascimento | Preencha o peso em gramas OU libras OU "9" | gramas libras 9 |
| | | libras | Peso no momento do nascimento | | |
| | | 9 | Peso no momento do nascimento desconhecido | | |
| | | cm | Comprimento no momento do nascimento em cm | Preencha o comprimento em cm OU polegadas OU "99" | cm polegadas 99 |
| polegadas | Comprimento no momento do nascimento em polegadas | | | | |
| 99 | Comprimento no momento do nascimento desconhecido | | | | |
| J06 INFORMAÇÃO DE ALTA - MÃE E CRIANÇA | | | | | 1 |
| J0601 | Amamentação materna exclusiva | No momento da alta a criança só recebeu leite materno da sua mãe ou de uma ama de leite, ou leite materno retirado, e nenhum outro líquido ou sólido com excepção de gotas ou xarope constituído por vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (definição da OMS) | | | |
| | | 0 | Não | Preencha um número de 0-9 | |
| | | 1 | Sim | | |
| | | 2 | A mãe recusou amamentar | | |
| | | 4 | Para doentes que morreram ou foram transferidos para outro hospital. | | |
| 9 | Não especificado | | | | |
| J0602 | MÃE: data da alta ou morte | Inclui a data de transferência para outro hospital (mas não como um caso diário), e a data da morte. | | | |
| | | DD-MM-AAAA | Data da alta (DD-MM-AAAA) | Preencha a data exacta OU "9" | |
| | | 9 | Data da alta não especificada | | |
| DD-MM-AAAA | Data da morte (DD-MM-AAAA) | Preencha a hora exacta OU "99" | | | |
| 99 | Não morto OU data da morte não especificada | | | | |
| J0603 | CRIANÇA: data da alta ou morte | Inclui a data de transferência para outro hospital (mas não como um caso diário), e a data da morte. | | | |
| | | DD-MM-AAAA | Data da alta (DD-MM-AAAA) | Preencha a data exacta OU "9" | |
| | | 9 | Data da alta não especificada | | |
| DD-MM-AAAA | Data da morte (DD-MM-AAAA) | Preencha a hora exacta OU "99" | | | |
| 99 | Não morto OU data da morte não especificada | | | | |