

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Nombre completo paciente: _____ Edad: _____

Fórmula obstétrica: G P A FUR Operacional: _____ Fecha solicitud: _____

Llenado solicitud y autorización: Médico Tratante debe marcar con ✓ respuestas afirmativas o con un N/A (no aplica), según corresponda. Contralor obstétrico deberá usar símbolos ✓ o X o N/A, según corresponda

Médico Tratante	Contralor Obstétrico	Criterios de Certificación de ausencia de riesgo obstétrico y perinatal
		Tiene FECHA DE ÚLTIMA REGLA SEGURA y confiable u operacional definida
		Cuenta con resultado de examen clasificación GRUPO RH y Test Coombs indirecto si corresponde (esté ultimo con resultado negativo)
		Cuenta con resultado examen de CHAGAS negativo
		Cuenta con resultado examen de HEPATITIS B negativo
		Cuenta con 3 VDRL o RPR, TODOS con resultado NO REACTIVO.
		Cuenta con 2 VIH , ambos con resultado NEGATIVO. El último debe corresponder al tomado en la semana 34
		Tiene resultado examen HEMOGRAMA del último mes con hematocrito mayor o igual a 30%.
		Tiene ECOGRAFÍA del segundo semestre con anatomía normal.
		Se trata de un EMBARAZO FISIOLÓGICO
		SI tiene alguna patología esta se encuentra compensada y corresponde SOLO al listado adjunto (*)
		Sus PRESIONES ARTERIALES son menores a 140/90 mmHg.
		Si la PRESIÓN ARTERIAL es mayor o igual a 140/90 mmHg, cuenta con resultado de Proteinuria 24 horas NEGATIVO o índice (relación) proteinuria / creatinuria MENOR a 300.mg/dl.
		Tiene un índice de MASA CORPORAL MENOR A 32 (Peso/Talla ²) a las 36 semanas de gestación.
		Tiene como mínimo 4 CONTROLES PRENATALES (realizado por médico y/o matrona) y por lo menos 1 ecografía obstétrica institucional.
		NO es ALÉRGICA AL LÁTEX.
		A la fecha de solicitud tiene al menos 36 semanas de edad gestacional.

***Patologías autorizadas para el bono PAD, siempre que estén compensadas:**

- Diabetes gestacional manejada SOLO con **dieta**
- Hipertensión gestacional transitoria con proteinuria de 24 horas **negativa.**
- Colestasia intrahepática del embarazo, sin alteraciones de perfil hepático y con resultado de ácidos biliares **normales** recientes.
- Máximo 2 cesáreas anteriores y con evaluación de **placenta normoinsera.**
- Restricción de crecimiento intrauterino con doppler normal.
- Hipotiroidismo.
- Insulinorresistencia en tratamiento con Metformina

El NO cumplimiento de alguno de los criterios contemplado se considera como riesgo obstétrico y perinatal, y no califica para modalidad PAD.

En caso contrario se autoriza modalidad PAD Parto.

Nombre y firma de médico tratante

Nombre y firma de Contralor Obstétrico