

Evaluación de seguimiento de unidades y profesionales de salud capacitados (AM solamente)

Equipo de supervisión de seguimiento:		Firma del líder del equipo de seguimiento:	
Profesionales de salud capacitados:			
Unidad de salud:			
Fecha:			
Tiempo transcurrido desde la capacitación: 6 semanas 3 meses 6 meses Otro: _____			
Medicamentos, suministros, equipo, espacio Favor de seleccionar	Disponible en la unidad de salud	No disponible	Comentarios
Equipo (p. ej., espéculos, esfigmomanómetro, estetoscopios, guantes)			
Barreras de protección personal (p. ej., delantales, anteojos protectores)			
Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Mifepristona/Misoprostol • Analgésicos 			
Instalaciones de laboratorio			
Instalaciones para la eliminación de desechos (fosa o incinerador)			
Área privada para la consejería			
Sala de procedimientos para el examen, la expulsión y el manejo de complicaciones			
Admisión/sala de recuperación (con privacidad y separada de las pacientes que no son usuarias de los servicios de aborto) *Comentar sobre la disponibilidad de camas			
Régimen para el segundo trimestre colocado en un lugar visible al personal			
Instrucciones impresas o escritas a mano para el autocuidado y seguimiento			

Medicamentos, suministros, equipo, espacio Favor de seleccionar	Disponible en la unidad de salud	No disponible	Comentarios
Diversos métodos anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • Inyectables • DIUC • Implantes • Anticonceptivos orales • Condones • Otro: 			
Otros artículos para el manejo de complicaciones:			
Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Agentes uterotónicos (p. ej., oxitocina, ergometrina) • Antibióticos 			
Equipo: <ul style="list-style-type: none"> • Vía y líquidos intravenosos • Oxígeno y bolsa Ambú • Sutura/portagujas/tijeras/gasa 			
Acceso a servicios de emergencia (p. ej., transfusión de sangre, ultrasonido, laparotomía)			
Casística de la unidad salud: UTILICE LA HOJA SUMARIA DEL LIBRO DE REGISTRO DE CASOS PARA CAPTURAR EL NÚMERO DE CASOS			
Información sobre profesionales de salud capacitados			
¿Todos los profesionales capacitados están proporcionando servicios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, ¿quién no está proporcionándolos y por qué?			
Por lo general, ¿cómo se determina la edad gestacional? Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Ambas cosas <input type="checkbox"/>			
Por lo general, ¿cómo se trata la retención de placenta? AMEU <input type="checkbox"/> Legrado uterino instrumental (LUI) <input type="checkbox"/> Si se trata con LUI, discuta la AMEU con el/la profesional de salud capacitado/a Realizado <input type="checkbox"/>			

¿Qué régimen es utilizado para tratar casos de APA con feto/placenta presente? Mife/Miso <input type="checkbox"/> Miso solo <input type="checkbox"/> Alta dosis de oxitocina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especificar): _____ Si no es a base de miso, discutir el uso del régimen Realizado <input type="checkbox"/>			
¿Todas las siguientes funciones y responsabilidades están siendo cumplidas/supervisadas por un/a profesional de salud capacitado?			
	Sí	No	Sí No
Evaluar a la paciente y recetar medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitorear el proceso y la recuperación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brindar consejería sobre el procedimiento y la anticoncepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionar instrucciones de alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Administrar y monitorear medicamentos para el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manejar complicaciones o referir para su tratamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apoyar a la paciente durante la expulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La administración de la unidad de salud brinda apoyo adecuado para los servicios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, indique por qué: _____			
¿Hay profesionales de salud capacitados que necesiten más apoyo, tutoría o capacitación (si sí, indique en qué áreas)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Comentarios sumarios: Mencione los aspectos positivos y las áreas que necesitan más seguimiento 			
<p align="center">NOTA: Si está observando a profesionales capacitados durante la prestación de servicios, utilice la Lista de verificación de competencia (AM solamente) y adjúntela aquí. Haga comentarios detallados en el reverso.</p>			