

ANEXO N° 6

FORMATO DE LA VIGILANCIA DE IAAS GINECO-OBSTETRICIA

MES VIGILADO: _____ SALA: _____

DÍA	N° DE PARTOS VAGINALES	N° DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL	TOTAL DE PARTOS POR CESÁREA	N° DE ENDOMETRITIS POS CESÁREA	N° DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO POS CESÁREA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOTAL					

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE