

Anexo 1. Encuesta

Nombre de la madre _____

Edad _____ Escolaridad _____ Área de salud _____

Labor que realiza _____

1. Antecedentes familiares de cardiopatía congénita:

- a) Sí _____
- b) No _____

2. Hijo previo con cardiopatía:

- a) Sí _____
- b) No _____

3. Valoración nutricional a la captación: _____

4. Hábitos tóxicos:

- a) Cigarro _____
- b) Drogas _____
- c) Café _____
- d) Alcohol _____

5. Antecedentes de enfermedades crónicas:

- a) Sí _____
- b) No _____
- c) ¿Cuál? _____

6. Utilización de fármacos:

- a) Sí _____
- b) No _____
- c) Tipo _____

7. Utilización de anticoncepción:

- a) Sí _____
- b) No _____

8. Tiempo de uso:

- a) meses _____
- b) años _____

9. Tipo de anticonceptivo:

- a) DIU _____
- b) Hormonal _____

10. Diga si fue un embarazo planificado:

- a) Sí _____
- b) No _____

11. Ingestión de ácido fólico preconcepcional:

- a) Sí _____
- b) No _____

12. Exposición a factores ambientales:

- a) Radiaciones _____
- b) Altas temperaturas _____

13. Riesgo obstétrico (embarazo)

- a) Historia obstétrica
 - Gestación____Partos____Abortos____
 - Provocados _____
 - Espontáneos_____

14. Gestación actual

a) Amenaza de aborto _____

b) Oligoamnios _____

c) Anemia _____

d) Infecciones tipo:

- TORCH_____
- H1N1_____
- Infección urinaria_____

e) Periodo intergenésico corto menor de 2 años: _____

f) Ultrasonido (1er trimestre): Translucencia nucal

- Normal _____
- Elevada _____

g) Alfafetoproteína en suero materno:

- Normal_____
- Baja _____
- Elevada_____

h) Diagnóstico prenatal citogenético:

- Sí_____
- No _____

i) ¿En qué momento se realizó el diagnóstico? _____

j) Tipo de cardiopatía: _____

k) Recién nacido con alteraciones cromosómicas: _____

l) Tipo de alteración: _____

m) ¿Fue evaluado por la consulta de riesgo genético de su área de salud?: _____

n) ¿Considera que fue debidamente informado sobre el defecto congénito que tenía el producto de su gestación y/o el recién nacido?:

- Sí_____
- No_____

ñ) ¿Fue asesorado en más de una consulta?:

- Sí____
- No_____

o) ¿Se le brindó más de una opinión especializada antes de definir el diagnóstico?:

- Sí____
- No____

p) ¿El equipo de asesores genéticos utilizó alguna forma para presionar acerca de su elección, con respecto al embarazo?:

- Sí____
- No _____
- ¿Cuál? _____

q) Si la decisión fue continuar con la gestación, diga si se mantuvo un seguimiento adecuado por los servicios de genética:

- Sí____
- No____

r)¿Considera usted necesarios los servicios de genética?

- Explique