

Abordaje

Código de Identificación

Completar esta hoja de registro para TODOS los sujetos que sean abordados para este estudio. (Se llena para mujeres que no quieren participar y también para mujeres que no puede participar porque no cumple con los criterios).

Equipo Azul
 Rojo
 Amarillo

Fecha de Abordaje

¿Es elegible? Si
 No

Si no es elegible, explique ¿por que no?

¿Quiere participar? Yes
 No

Si no quiere participar, explique ¿por que no?

Iniciales

Encuesta Inicial

Fecha

Consentimiento

Consentimiento completado

- Si
 No

Si no, por que?

Foto del consentimiento completo

Nombre

¿Cuántos partos ha tenido?

((Esto incluye bebes nacidos vivos, bebes que han fallecido despues del parto y bebes que han muerto intrauterino))

Fecha de Parto

(Favor de elegir la fecha del parto MAS RECIENTE)

Comunidad

- Morenas
 Valle Lirio
 Palmar II
 Barillas
 Carrizales
 Chiquirines
 Chiquirines- Colonia Diaz
 Los Encuentros
 Los Encuentros- San Luis
 Pomal
 Santa Fe
 El Troje

(REVISAR SI ES INTERVENCIÓN O CONTROL)

Resultado de la prueba de embarazo urinaria:
NO EMPIECE EL ANTICONCEPTIVO SI ESTÁ EMBARAZADA

- Negativo
 Positivo
 No Aplica

PARA LA ENFERMERA: Si usted administró o fue a dejar/distribuyó el anticonceptivo a la paciente, por favor escriba el número de lote, expiración, y el resultado de la prueba de embarazo.

¿Qué método anticonceptivo escogió usted hoy?

- Ningunos de los métodos ofrecidos
 Condones
 Pastillas
 Inyección
 Implante
 ((Se le ofreció a la paciente condones, pastillas, depo, y jadelle en la casa))

Número de Lote

Fecha de expiración

¿Por qué escogió este/estos métodos?

- Lo he usado antes
 Otra gente en mi comunidad los ha usado y les ha gustado
 Creo que es la mejor opción que la enfermera ofreció
 Puedo pagar por este método cuando lo necesite otra vez
 Otro
 ((marque todos los que apliquen))

Si escogió otro, explique

¿Qué método anticonceptivo está planeando utilizar?

- No estoy planeando en empezar un método anticonceptivo
 Estoy planeando en abstenerme
 Estoy planeando usar el método natural de familia/método rítmico
 Estoy planeando usar amenorrea de la lactancia/ dar de mamar
 Estoy planeando usar condones pero no quería empezarlos en la casa hoy.
 Estoy planeando usar las pastillas pero no las quería empezarlas en la casa hoy.
 Estoy planeando usar la inyección pero no quería empezarla en la casa hoy.
 Estoy planeando usar el implante pero no quería empezarlo hoy.
 Estoy planeando usar la T de cobre
 Estoy planeando usar operación/ligadura
 Mi esposo está planeando hacerse una vasectomía
 Mi esposo se hizo la vasectomía
 No estoy segura/ No sé

¿En dónde planea conseguir este/estos métodos si no escogió un método anticonceptivo hoy?

- Clínica Privada
 Puesto de Salud
 Farmacia
 Hospital
 No sé
 Otro
 ((marque todos que apliquen))

Si escogió otro, explique

¿En dónde planea conseguir este/estos métodos?

- Clínica Privada
 Puesto de Salud
 Farmacia
 Hospital
 No sé
 Otro
 ((marque todos que apliquen))

Si escogió otro, explique

Si la paciente escogió "No estoy planeando empezar un método de contracepción", por favor pregunte, ¿por qué?

- Quiero quedar embarazada
 No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
 Mi pareja no está de acuerdo que use un método anticonceptivo.
 Tengo miedo de los efectos secundarios
 No quiero empezar un método anticonceptivo porque no voy a poder continuarlo por problemas de tiempo, costo, o transporte.
 No sé
 Otro

Si escogió otro motivo por el cual no esta usando un método de contracepción, explique el motivo

Si escogió que tiene miedo de los efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Si la paciente no escogió el implante, pregúntele, ¿por qué no escogió el implante?

- Quiero quedar embarazada
 No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
 He usado el método que escogí antes, y lo quería usar ahorita, otra vez.
 Tengo miedo de los efectos secundarios
 He oído malas cosas sobre el implante
 Tengo miedo que me pongan el implante en el brazo
 Tengo miedo que me pongan el implante en la casa
 No quiero que me quiten el implante en el futuro
 No sé
 Otro

Si escogió que tiene miedo de los efectos secundarios del implante, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Si ha oido cosas malas, ¿qué ha oído?:

Si escogió otro motivo por el cual no usa el implante, explique el motivo

Si le ofreciéramos un dispositivo intrauterino (DIU) en su casa durante una visita, ¿estaría interesada en recibirlo?

- Sí
 No
 No sé
 Otro

Si escogió otro motivo, explique

Llamada de Seguimiento- 3 Meses (Grupo de Intervencion CON METODO)

En su visita de postparto la enfermera le dio ¿todavía sigue usando este método?

- Si
 No
((muestre el método que la paciente escogió en la primera pregunta de la encuesta Int de PPV, posiblemente: pastillas, condones, inyección, o implante))

¿Qué tan satisfecha esta con este método?

- Muy satisfecha
 Un poco satisfecha
 Un poco insatisfecha
 Muy insatisfecha

Por favor, discúlpese por esta insatisfacción y pregunte ¿por qué?

- El medicamento causa efectos secundarios
 Es muy cara
 Es muy difícil de obtener
 No está siempre disponible
 Otro
((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro, explique

Si escogió que el medicamento causó efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

¿Por qué discontinuó el método?

- No me gustaban los efectos secundarios
 Quería quedar embarazada
 No podía pagar la continuación del método
 No podía pagar el transporte para obtener el método
 El método no estaba disponible cuando lo fui a obtener
 No tengo una pareja entonces no quería continuar el método
 Mi pareja me pidió que dejara de usar el método
 No sé
 Otro
((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro ¿por qué otro motivo discontinuó el método?

¿Empezó un método nuevo?

- Si
 No

¿Qué método está utilizando?

- Abstinencia
- Método natural de familia/método rítmico
- Amenorrea de la lactancia/ dar de mamar
- Condones
- Pastillas
- Inyección
- Implante
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Operación/Ligadura
- Mi esposo se hizo la vasectomía
((Marque todos los que apliquen))

Si "no", ¿por qué?

- Quiero quedar embarazada
- No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
- Mi pareja no esta de acuerdo que use un método anticonceptivo.
- Tengo miedo de los efectos secundarios
- No quiero empezar un método anticonceptivo porque no voy a poder continuarlo por problemas de tiempo, costo, y transporte.
- No sé
- Otro
((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro motivo por el cual no esta usando un método de contracepción, explique el motivo

Si escogió que tiene miedo de los efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Desde que dio a luz, ¿ha vuelto a quedar embarazada?

- Sí
- No
- No sé

¿Qué pasó con el embarazo?

- Aborto espontáneo
- Terminación del embarazo
- Actualmente, estoy embarazada

ENFERMERA: SI LA PACIENTE ESTÁ ACTUALMETNE EMBARAZADA, DEBERÍA ADVERTIRLE QUE PARE SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI LO SIGUE USANDO Y QUE SE INSCRIBA EN MADRES SANAS.

Llamada de Seguimiento- 3 Meses (Grupo de Intervencion SIN METODO)

¿Ha empezado un método anticonceptivo desde que dió a luz?

- Sí
 No

¿Qué método está utilizando?

- Abstinencia
 Método natural de familia/método rítmico
 Amenorrea de la lactancia/ dar de mamar
 Condones
 Pastillas
 Inyección
 Implante
 Dispositivo intrauterino (DIU)
 Operación/Ligadura
 Mi esposo se hizo la vasectomía
((Marque todos los que apliquen))

¿Qué tan satisfecha esta con este método?

- Muy satisfecha
 Un poco satisfecha
 Un poco insatisfecha
 Muy insatisfecha

¿Por qué esta insatisfacción con este método?

- El medicamento causa efectos secundarios
 Es muy cara
 Es muy difícil de obtener
 No está siempre disponible
 Otro

Si escogió otro, explique

Si escogió que el medicamento causó efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Si "no", ¿por qué?

- Quiero quedar embarazada
 No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
 Mi pareja no esta de acuerdo que use un método anticonceptivo.
 Tengo miedo de los efectos secundarios
 No quiero empezar un método anticonceptivo porque no voy a poder continuarlo por problemas de tiempo, costo, y transporte.
 No sé
 Otro
((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro motivo por el cual no esta usando un método de contracepción, explique el motivo

Si escogió que tiene miedo de los efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Desde que dio a luz, ¿ha vuelto a quedar embarazada?

- Sí
 No
 No sé

¿Qué pasó con el embarazo?

- Aborto espontáneo
- Terminación del embarazo
- Actualmente, estoy embarazada

ENFERMERA: SI LA PACIENTE ESTÁ ACTUALMETNE EMBARAZADA, DEBERÍA ADVERTIRLE QUE PARE SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI LO SIGUE USANDO Y QUE SE INSCRIBA EN MADRES SANAS.

Llamada de Seguimiento- 3 Meses (Grupo de Control)

¿Ha empezado un método anticonceptivo desde que dió a luz?

- Sí
 No

¿Qué método está utilizando?

- Abstinencia
 Método natural de familia/método rítmico
 Amenorrea de la lactancia/ dar de mamar
 Condones
 Pastillas
 Inyección
 Implante
 Dispositivo intrauterino (DIU)
 Operación/Ligadura
 Mi esposo se hizo la vasectomía
 ((Marque todos los que apliquen))

¿Qué tan satisfecha está con este método?

- Muy satisfecha
 Un poco satisfecha
 Un poco insatisfecha
 Muy insatisfecha

¿Por qué esta insatisfacción con este método?

- El medicamento causa efectos secundarios
 Es muy cara
 Es muy difícil de obtener
 No está siempre disponible
 Otro

Si escogió otro, explique

Si escogió que la medicación causó efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Si "no", ¿por qué?

- Quiero quedar embarazada
 No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
 Mi pareja no está de acuerdo que use un método anticonceptivo.
 Tengo miedo de los efectos secundarios
 No quiero empezar un método anticonceptivo porque no voy a poder continuarlo por problemas de tiempo, costo, y transporte.
 No sé
 Otro
 ((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro motivo por el cual no está usando un método de contracepción, explique el motivo

Si escogió que tiene miedo de los efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Desde que dió a luz, ¿ha vuelto a quedar embarazada?

- Sí
 No
 No sé

¿Qué pasó con el embarazo?

- Aborto espontáneo
- Terminación del embarazo
- Actualmente, estoy embarazada

ENFERMERA: SI LA PACIENTE ESTÁ ACTUALMETNE EMBARAZADA, DEBERÍA ADVERTIRLE QUE PARE SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI LO SIGUE USANDO Y QUE SE INSCRIBA EN MADRES SANAS.

Llamada de Seguimiento- 12 Meses

Actualmente, ¿está usando un método anticonceptivo?

- Sí
 No

¿Qué método está utilizando?

- Abstinencia
 Método natural de familia/método rítmico
 Amenorrea de la lactancia/ dar de mamar
 Condones
 Pastillas
 Inyección
 Implante
 Dispositivo intrauterino (DIU)
 Operación/Ligadura
 Mi esposo se hizo la vasectomía
((Marque todos los que apliquen))

¿Qué tan satisfecha está con este método?

- Muy satisfecha
 Un poco satisfecha
 Un poco insatisfecha
 Muy insatisfecha

Por favor, discúlpese por esta insatisfacción y pregunte ¿por qué?

- El medicamento causa efectos secundarios
 Es muy cara
 Es muy difícil de obtener
 No está siempre disponible
 Otro
((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro, explique

Si escogió que el medicamento causó efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Si "no", ¿por qué?

- Quiero quedar embarazada
 No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
 Mi pareja no está de acuerdo que use un método anticonceptivo.
 Tengo miedo de los efectos secundarios
 No quiero empezar un método anticonceptivo porque no voy a poder continuarlo por problemas de tiempo, costo, y transporte.
 No sé
 Otro
((Marque todos los que apliquen))

Si escogió otro motivo por el cual no está usando un método de contracepción, explique el motivo

Si escogió que tiene miedo de los efectos secundarios, ¿cuáles son esos efectos secundarios?

Desde que dio a luz, ¿ha vuelto a quedar embarazada?

- Sí
 No
 No sé

¿Qué pasó con el embarazo?

- Aborto espontáneo
- Terminación del embarazo
- Actualmente, estoy embarazada

ENFERMERA: SI LA PACIENTE ESTÁ ACTUALMETNE EMBARAZADA, DEBERÍA ADVERTIRLE QUE PARE SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI LO SIGUE USANDO Y QUE SE INSCRIBA EN MADRES SANAS.

Forma de Extracción de Implante

¿Por qué quieres eliminar(quitarte) tu implante?

- Quiero quedar embarazada
 - No tengo una pareja entonces no necesito un método anticonceptivo.
 - Mi pareja no está de acuerdo que use un método anticonceptivo.
 - Tengo efectos secundarios
 - No sé
 - Otro
-

¿Cuáles son estos efectos secundarios?
