



FICHA PARA LA INDICACIÓN DE COMPLEMENTO NUTRICIONAL DEL RECIEN NACIDO

APELLIDO Y NOMBRE:

N° DE CARNET:

FECHA DE NACIMIENTO:

ANTECEDENTES NEONATALES:

A	TIPO DE PARTO	CESAREA	<input type="checkbox"/>
		VAGINAL	<input type="checkbox"/>
B	PESO DE NACIMIENTO	PAEG	<input type="checkbox"/>
		PESO: BPEG	<input type="checkbox"/>
		TALLA: APEG	<input type="checkbox"/>
		PRETERMINO	<input type="checkbox"/>
C	EDAD GESTACIONAL	POSTERMINO	<input type="checkbox"/>
		NORMAL	<input type="checkbox"/>
		D	PRESENTÓ TRASTORNOS ENZIMATICOS
	(HIPERBILIRRUBINEMIA)	<input type="checkbox"/>	
	DISTRESS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	
E	APEGO MATERNO:	1- ALOJAMIENTO CONTIGUO	<input type="checkbox"/>
		2- NURSERY	<input type="checkbox"/>
		3- <u>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</u>	<input type="checkbox"/>
		* INCUBADORA	<input type="checkbox"/>
		* O2	<input type="checkbox"/>
		* INTUBACION ENDOTRAQUEAL	<input type="checkbox"/>
		* ARM	<input type="checkbox"/>
		* ATB EV	<input type="checkbox"/>
	* BOMBA DE INFUSION	<input type="checkbox"/>	

INTERVENCIONES QUIRURGICAS _____

OTRAS _____

DATOS MATERNOS:

EDAD: _____

NÚMERO DE HIJOS: _____

APEGO HACIA EL LACTANTE:

BUEN NIVEL DE ALARMA

ESCASO NIVEL DE ALARMA

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

(ESPECIFICAR): _____

Si considera necesario complementar la lactancia materna justifique

1) Hipogalactia materna SI NO

2) Alteraciones morfológicas maternas

Pezón umbilicado Infecciones Sepsis

3) Alteraciones morfológicas del recién nacido:

Labio leporino

Deprimido Moderado al nacer

Deprimido grave al nacer

Daño neurologico

4) Pérdida de + del 10% del peso de nacimiento en la primera semana de vida

5) Otros motivos (especificar):

De indicar leche medicamentosa (ver formulario adjunto)

Indicar tiempo de utilización:

Cantidad:.....

Producto:.....

Diagnóstico médico que lo justifique:

Intolerancia a la lactosa R.G.E. P rematurez externa Otros diagnósticos.

Recordar siempre que la leche materna supera ampliamente a cualquier fórmula en hidratos de carbono, Proteínas, Grasas y calorías.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Con el objeto de promover la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas. Para la cobertura de leches medicamentosas se cubrirán 4 kg. por mes hasta los 3 meses de edad, según Res. 201/02 M.S La indicación médica deberá estar confeccionada por pediatra de cartilla.