



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	
		VAGINAL	
B	PESO DE NACIMIENTO	PAEG	
		BPEG	
		APEG	
C	EDAD GESTACIONAL	PRETERMINO	
		POSTERMINO	
		NORMAL	
D	PRESENTÓ TRASTORNOS ENZIMATICOS DISTRESS RESPIRATORIOS	METABOLICOS (HIPOGLUCEMIA) (HIPERBILIRRUBINEMIA)	
E	APEGO MATERNO: 1- ALOJAMIENTO CONTIGUO 2- NURSERY 3- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		
		* INCUBADORA	
		* O2	
	* INTUBACION ENDOTRAQUEAL		
	* ARM		
	* ATB EV		
	* BOMBA DE INFUSION		

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.

Prematurez externa

Otros diagnósticos.

Recordar siempre que la leche materna supera ampliamente a cualquier fórmula en:

Hidratos de carbono, Proteínas, Grasas y calorías.

PROMOVER EXCLUSIVAMENTE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA

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.