



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	<input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> VAGINAL	
B	PESO DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> PAEG <input type="checkbox"/> PESO: <input type="checkbox"/> BPEG <input type="checkbox"/> TALLA: <input type="checkbox"/> APEG	
C	EDAD GESTACIONAL	<input type="checkbox"/> PRETERMINO <input type="checkbox"/> POSTERMINO <input type="checkbox"/> NORMAL	
D	PRESENTÓ TRASTORNOS ENZIMATICOS DISTRESS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/> METABOLICOS (HIPOGLUCEMIA) <input type="checkbox"/> (HIPERBILIRRUBINEMIA)	
E	APEGO MATERNO:	1- ALOJAMIENTO CONTIGUO <input type="checkbox"/> 2- NURSERY <input type="checkbox"/> 3- <u>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</u> * 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.
 Prematurez 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 _____

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.