



# FICHA PARA LA INDICACIÓN DE COMPLEMENTO NUTRICIONAL DEL RECIEN NACIDO

**APELLIDO Y NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**N° DE CARNET:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES NEONATALES:**

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

**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.