este color significa ALERTA

PATOLOGIAS

no / si

	no	si		no	si
asfixia al nacer	○	●	neumotórax	○	●
membrana hialina	○	●	displ. bron. pulm	○	●
SDR asoc. meconio	○	●	ECN confirmada	○	●
hipert. pulmonar	○	●	perf. intest. focal	○	●
ductus art. tratado	○	●	sífilis	○	●
apneas	○	●	HIV perinatal	○	●

SEPSIS

no	si	tratada desde	agente	no se aisló germen
○	●	día mes año		●
○	●	día mes año		●
○	●	día mes año		●
○	●	día mes año		●

RETINOPATIA

oftalmoscopía indirecta: no ● si ○ n/c ○

edad gestacional 1er ex.: sem. ____ días ____

grado máximo ____ (0-5)

Requiere cirugía: no ○ si ●

ENCEFALO

	no	si
ecografía	○	●
leucomalacia	○	●
hemorragia craneana	○	●

grado máximo ____ (1-4)

asfíctico con convulsiones: no ○ si ●

Otras (código y nombre) ____ ____ ____ ____

Defecto congénito mayor ____

TRATAMIENTOS

	no	si	EDAD 1ra dosis horas	min
surfactante	○	●		
indomet. profil	○	●		
indo/ibup. trat.	○	●		
aminof/cafeí	○	● → ____ días		
alimentación parenteral	○	● → ____ días		

CUIDADOS RESPIRATORIOS

	no	si	DURACION días	horas
CPAP pre ventil	○	●		
ventilado ET	○	● →	____	____
CPAP	○	● →	____ días	
oxígeno	○	● →	____ días	> 28 d. ●
transfusiones	○	● →	____ ml. Vol. total	

CIRUGÍA

	no	si
ductus	○	●
ECN	○	●
ROP	○	●
hidrocef	○	●
otra	○	●

CRECIMIENTO INICIAL

Peso mínimo en gramos ____ g

Edad recupera peso ____ días

Peso a las 36 semanas ____

ANTROPOMETRIA AL EGRESO

Peso en gramos ____

Longitud en cm. ____,

Perímetro craneano en cm. ____,

Fotocopiar gráfico de peso / edad

EGRESO

día mes año ____

vivo ○ fallece ●

necro no ○ si ●

traslado ● lugar ____

fallece durante o en lugar de traslado: no ○ si ●

EDAD AL EGRESO O MUERTE

____ < 1 día ●

Oxígeno en hogar: no ○ si ●

EDAD GESTACIONAL AL EGRESO

sem. ____ días ____

ALIMENTO AL EGRESO

lactancia exclusiva ○

parcial ●

artificial ●

MADRE JUNTO A RN DIA PREVIO

día y noche ○

sólo día ●

sólo visitó ●

no visitó ●

HOGAR AL EGRESO

con madre/padre ○

otros familiares ○

adopción ○

amparo instituc. ●

n/c ○

TAMIZAJES / INMUNIZACIONES

SIFILIS	TSH	AUDICION	FALCIFORME	BCG	Hep. B vac.
negativo ○	normal ○	normal ○	normal ○	no ●	no ●
+ tratado ●	elevado ●	déficit ●	anormal ●	si ○	si ○
+ no tratado ●					
s/d ●	s/d ●	s/d ●	s/d ●	s/d ●	s/d ●

PROMOCION DE SALUD - Temas abordados

	no	si		no	si
Lactancia exclusiva	●	○	Uso alcohol / gel	●	○
Dormir boca arriba	●	○	Derechos / protec. social	●	○
Prevención contagio respivirus	●	○	Entregó material impreso	●	○

INDICACIONES AL EGRESO

RESPONSABLE | TELÉFONO | EMAIL

SEGUIMIENTO COORDINADO

	Lugar	Teléfono	Fecha día mes año
Pediátrico			
Oftalmológico (no ○ si ●)			
Audiológico (no ○ si ●)			
Apoyo psicosocial (no ○ si ●)			

Por cuántas semanas la madre no realizará tareas fuera del hogar ?

sem. ____

● < 4 semanas

Formulario Neonatal Reverso Español - 02-06-2016