



Investigación de campo bajo peso al nacer a término código INS 110

La ficha de notificación es para fines de Vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

FOR-R02.0000-033 V:00 AÑO 2014

1.1 Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	1.2 Entidad que realiza la investigación <input type="radio"/> 1. UPGD <input type="radio"/> 2. Asegurador <input type="radio"/> 3. Entidad territorial
1.3 Nombre de quién realiza la Investigación de caso <input type="text"/>	
1.4 Perfil o profesión de quién realiza la investigación <input type="text"/>	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

2.1 Apellidos y nombres de quién suministra la información <input type="text"/>	
2.2 Parentesco con el recién nacido <input type="text"/>	2.3 Menor asegurado <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No

3. INFORMACIÓN SOCIO AMBIENTAL

3.1 Agua potable: <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	3.2 Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias <input type="radio"/> 1. Buenas <input type="radio"/> 2. Regulares <input type="radio"/> 3. Malas
---	--

4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

4.1 Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales <input type="text"/>

5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Al momento de la visita)

5.1 Peso en Gramos gr <input type="text"/>	5.2 Talla Centímetros cm <input type="text"/> . <input type="text"/>	5.3 Estado actual <input type="radio"/> 1. Subió de peso <input type="radio"/> 2. Permanece igual <input type="radio"/> 3. Bajó de peso
--	--	--

6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

6.1 Recibe lactancia materna exclusiva <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.2 ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (Incluido leche de vaca) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.3 Recibe leche de fórmula <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
6.4 ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.5 ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

7.1 ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2 ¿Se remite a servicios de salud? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.3 ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario u otros servicios? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
--	--	--

8. VISITA DE SEGUIMIENTO N°. 2 (La visita de seguimiento se realiza al mes de la primera visita de campo y se debe ingresar por medio de ajuste No. 7)

8.1 Fecha de visita de control 2 (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	8.2 Peso Gramos gr <input type="text"/>	8.3 Talla Centímetros cm <input type="text"/> . <input type="text"/>	8.4 Estado actual <input type="radio"/> 1. Subió de peso <input type="radio"/> 2. Permanece igual <input type="radio"/> 3. Bajó de peso
8.5 Nombre del profesional que diligencia la segunda investigación de caso: <input type="text"/>			8.6 Cargo <input type="text"/>

GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO

Registre en este espacio información complementaria para el bajo peso al nacer a término (Familiograma, signos de alarma del recién nacido, dificultades con la lactancia materna, percepción de inseguridad alimentaria, antecedentes de embarazo, características del embarazo actual, servicios a los cuales se remitió al recién nacido o la mamá, entre otras, o si la investigación es fallida describir las causas).