



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 participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

FOR-R02.0000-033 V:03 AÑO 2017

1.1. Visita efectiva <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	1.2. Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) 16/06/2021	1.3. Entidad que realiza la Investigación <input type="checkbox"/> 1. UPGD <input type="checkbox"/> 2. Asegurado <input checked="" type="checkbox"/> 3. Entidad territorial
1.4. Nombre de quien realiza la Investigación de caso Claudia Ortiz		
1.5. Perfil o profesión de quien realiza la Investigación Enfermera		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

2.1. Apellidos y nombres de quien suministra la Información Sandra Patricia Blandon Lavando	2.3. Menor asegurado <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
2.2. Parentesco con el recién nacido Madre	

3. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

3.1. Nombres y apellidos del recién nacido Sofia Tangarife Blandon									
3.2. ¿Hubo controles prenatales? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3.3. Edad gestacional al primer control prenatal 4 Semanas	3.4. Número de controles prenatales que tuvo la madre 7	3.5. Consumió micronutrientes durante el embarazo <table border="1"> <tr> <td>Calcio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Acido fólico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> </table>	Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD
Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD								
Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD								
Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD								
3.6. ¿Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	3.7. Registre el último valor de hemoglobina que tuvo la madre Centímetros <input type="text"/> <input type="text"/> = <input type="text"/> g/d		3.8. Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. primero</td> <td><input type="checkbox"/> 2. segundo</td> <td><input type="checkbox"/> 3. tercero</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. primero	<input type="checkbox"/> 2. segundo	<input type="checkbox"/> 3. tercero			
<input type="checkbox"/> 1. primero	<input type="checkbox"/> 2. segundo	<input type="checkbox"/> 3. tercero							
3.9. ¿Intervalo intergenésico menor a dos años? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No									

4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

4.1. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.2. ¿Presentó hipertensión arterial durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.3. ¿Presentó amenaza de parto pretérmino? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.4. ¿Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No
4.5. ¿En el último trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.6. ¿Se le diagnosticó infección de vías urinarias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.7. ¿Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.8. ¿Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No
4.9. ¿Cuál fue su peso pregestacional? 63 Kg	4.10. Talla de la madre 162 Mts	4.11. ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? 15 Kg	INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA MADRE 4.12. Estrato socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

5. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

5.1. Agua potable <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe, no responde
5.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias <input checked="" type="checkbox"/> 1. Buenas <input type="checkbox"/> 2. Regulares <input type="checkbox"/> 3. Malas



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

6. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

FOR-R02.0000-033 V:03 2017/01/01

6.1. Institución de salud donde se realizaron los controles prenatales

Sanitas. - I Dime mayorca

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

7.1 Peso actual en gramos

2800

7.2 Talla en centímetros

47.5

7.3 Estado actual del peso

☒ 1. Subió de peso

☐ 2. Permaneció igual

☐ 3. Bajó de peso

8. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

8.1. Recibe lactancia materna exclusiva

☐ 1. Si ☒ 2. No

8.2 ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (Incluido leche de vaca)

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.3 Recibe leche de fórmula

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.4 ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.5 ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo?

☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe, no responde

9. PLAN DE INTERVENCIÓN

9.1 ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional?

☒ 1. Si ☐ 2. No

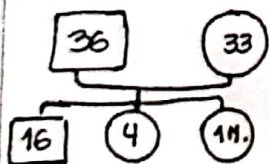
9.2 ¿Se remite a servicios de salud?

☐ 1. Si ☒ 2. No

9.3 ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios?

☐ 1. Si ☒ 2. No

GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO



En la visita la madre Sandra Patricia refiere que la menor al momento la menor no está incluida en el programa Madre Canguro, se educa de la importancia del programa para la atención oportuna de la menor por médicos especialistas. Después del nacimiento la menor presentó alto nivel de

bilirrubina en la sangre y requirió manejo intrahospitalario durante el periodo de estancia en el hospital presentó una disminución en el peso notaria. Ha tenido controles por medio de pediatría en la EPS a la semana de nacido a los 8 días siguientes y próximo control el 28 de Junio 2021, la menor ya está afiliada a la EAPB Sanitas.

La lactancia materna no ha sido exclusiva ya que tiene baja producción y se implementa la leche de fórmula ENFAMIL.

El padre de la menor Jonathan es trabajador independiente, la madre es ama de casa, su hermano Santiago de 16 Estudiante, su hermana Sara de 4 años.

Se sugiere aprovechar el control prenatal para solicitar orden médica para el ingreso al Programa madre canguro y así gestionar su ingreso.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Social 58272994

NÚMERO 000943371

Fecha de la expedición del registro: 01/01/2014

Registrado: ☐ Varón ☒ Mujer ☐ Sexo ☐ Estado ☐ Ciudad ☐ Fecha de nacimiento ☐ Hora ☐ Lugar ☐ Código ☐ País ☐ V

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Fecha de nacimiento: Hora: Lugar: País:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

Nombre del niño: Apellido: Apellido:

