



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) 17/06/2021	1.3. Entidad que realiza la investigación <input type="checkbox"/> 1. UPGD <input type="checkbox"/> 2. Asegurador <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 Hana Camila Velez Gonzalez	2.3 Menor asegurado <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" 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 Milagros Velez Gonzalez												
3.2. ¿Hubo controles prenatales? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3.3. Edad gestacional al primer control prenatal 16 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</td> <td><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</td> <td><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</td> <td><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 checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	3.7 Registre el último valor de hemoglobina que tuvo la madre Centímetros 12.5 g/d		3.8 Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina <table border="1"> <tr> <td>1. primero</td> <td>2. segundo</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 3. tercero</td> </tr> </table>	1. primero	2. segundo	<input checked="" type="checkbox"/> 3. tercero						
1. primero	2. segundo	<input checked="" type="checkbox"/> 3. tercero										
3.9 ¿Intervalo intergenésico menor a dos años? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input 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 checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input 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 checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
4.9 ¿Cual fue su peso pregestacional? 50 kg	4.10 Talla de la madre 164 Metros	4.11 ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? 5 kg	INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA MADRE 4.12 Estrato socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input 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 1268/09

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

Puesto Salud Villa consota

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

7.1 Peso actual en gramos

3999

7.2 Talla en centímetros

53.5

7.3 Estado actual del peso

☒ 1. Subió de peso ☐ 2. Permanece 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

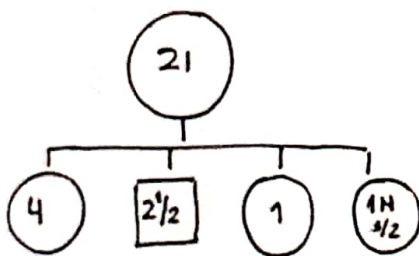
9.2 ¿Se remite a servicios de salud?

☐ 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



Al momento de la visita a la niña Milagros se evidencia que a la fecha la menor no está asegurada a la EAPB, se indica la importancia de estar asegurada para recibir atención oportuna a la menor e incluirla en el programa madre canguro. Ya que la menor tiene patología cardíaca. La madre tiene 21 años y 4 hijos incluyendo la menor, durante la gestación la madre presentó Dx. Anemia, toxoplasmosis positivo al igual que desnutrición.

La madre toma la decisión de implementar leche de fórmula ya que no tiene buena producción de leche materna.

Que actualite en casa de la madre y hermano, además de una prima y su hijo, se realiza educación en lactancia materna, se explica las ventajas de programa madre canguro para la atención prioritaria de la menor y vigilancia y control de su patología por parte de médicos especialistas, se orienta a la madre

que la copia de registro nivel presentada en la visita no es válido para realizar el trámite de aplicación ante la EPS por lo que debe solicitarlo nuevamente en la notaría donde registro la menor.

