

 este color significa ALERTA

PATOLOGIAS		SEPSIS		RETINOPATIA		ENCEFALO	
no ☐	si ☐	no ☐	si ☐	no ☐	si ☐	no ☐	si ☐
asfixia al nacer	neumotórax	tratada desde	agente	oftalmoscopia indirecta	no ☐	si ☐	ecografía
membrana hialina	bron. displ. pulm.	día mes año		edad gestac. 1 ^{er} ex.	sem. días	n/c	leucomalacia
SDR asoc meconio	ECN confirmada	día mes año		grado máx. (0-5)	Requiere cirugía		hemorragia craneana
hipert. pulmonar	perf. intest. focal.	día mes año			no ☐	si ☐	grado máx. (1-4)
ductus art. tratado	sífilis	día mes año					asfíctico c/convulsiones
apneas	HIV perinatal	día mes año					
Otras (código y nombre)		Defecto congénito mayor					
TRATAMIENTOS		CUIDADOS RESPIRATORIOS		CIRUGIA		CRECIMIENTO INICIAL	
no ☐	si ☐	no ☐	si ☐	no ☐	si ☐	edad recupera peso	peso a las 36 sem.
surfactante		CPAP pre ventil	DURACION	ductus		días	
indomet. profil		ventilado ET	días horas	ECN			
indo/ibup. trat.		CPAP	días	ROP			
aminof/cafeí	días	oxígeno	días >28d.	hidrocef			
alimentación parenteral	días	transfusiones	ml Vol. total	otra			
						ANTROPOMETRIA AL EGRESO	
						PESO g	LONGITUD cm
						PER. CRANEANO cm	
						Fotocopiar gráfico de peso/edad	
EGRESO		HOGAR AL EGRESO		ALIMENTO AL EGRESO		MADRE JUNTO A RN DIA PREVIO	
vivo ☐	fallece ☐	con madre/padre		lactancia exclusiva		día y noche	
necro ☐	si ☐	otros familiares		parcial artificial		sólo día	
día mes año		adopción				sólo visitó	
		amparo instituc.				no visitó	
		n/c					
TAMIZAJES/INMUNIZACIONES		PROMOCION DE SALUD - Temas abordados		Lactancia exclusiva		Uso alcohol/gel	
SIFILIS	TSH	AUDICION	FALCIFORME	BCG	Hep B vac	no ☐	si ☐
neg ☐	normal ☐	normal ☐	normal ☐	no ☐	no ☐		
+ tratado ☐	elevado ☐	déficit ☐	anormal ☐	si ☐	si ☐	Dormir boca arriba	Derechos/protec. social
+ no tratado ☐	s/d ☐	s/d ☐	s/d ☐	s/d ☐	s/d ☐	Prevencción contagio respivirus	Entrego material impreso
s/d ☐							
INDICACIONES AL EGRESO		RESPONSABLE		TELEFONO		EMAIL	
SEGUIMIENTO COORDINADO		Lugar		Teléfono		Fecha	
Pediátrico						día mes año	
Oftalmológico	no ☐					día mes año	
Audiológico	no ☐					día mes año	
Apoyo Psicosocial	no ☐						
						Por cuántas semanas la madre no realizará tareas fuera del hogar ?	
						 ☒ < 4 semanas	