Plan Nacer

sumar
es más salud pública

REPORTE PARA RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

REPORTE ATENCIÓN RN

Reporte de atención al RN quirúrgico a su egreso del módulo correspondiente o al RN pretérmino a los 30 días de su ingreso a UTI; o en caso de fallecimiento del RN.
Este reporte debe ser llenado por el profesional responsable del paciente a la fecha de cumplimiento de la citada condición.

1) ESTABLECIMIENTO

Nombre del Efector:

CUIE: Fecha:

2) DATOS DEL PACIENTE

Fecha y hora del nacimiento: Lugar del nacimiento:

Nombre y apellido del RN:

DNI del RN Sexo: ◯ M ◯ F

Nombre y apellido materno:

Edad materna: DNI: Domicilio:

3) DATOS NEONATALES

Edad gestacional: Peso al nacer:

APGAR 1' 5'

Diagnóstico de ingreso:

4) EVOLUCIÓN DEL RN QUIRÚRGICO Y/O PRETERMINO

Alta: ◯ Sí ◯ No Fecha:

Fallecido: ◯ Sí ◯ No Fecha: Causa:

Derivado: ◯ Sí ◯ No Fecha: Causa:

Soporte respiratorio	ARM	CPAP	O2
Días:			

Accesos Vasculares	Arteria Umbilical	Vena Umbilical	Otros	Percutanea
Fecha:				
Días:				

Nutrición parenteral: ◯ Sí ◯ No Día de inicio: Días totales:

Infecciones	Hemocultivos Positivo	Sepsis Asociada a Cateter	Otras Infecciones
Fecha:			
Germen:			

Ecografia Cerebral: ◯ Sí ◯ No Fecha:

Fondo De Ojo: ◯ Sí ◯ No Fecha:

Secuelas	Sí	No	
Displasia broncopulmonar (requerimiento O2 al día 28)	◯	◯	
Hemorrágica intracraneana	◯	◯	Grado:
Hidrocefalia post hemorrágica	◯	◯	
Leucomalacia periventricular	◯	◯	
ROP	◯	◯	Grado:

Otras:

En caso de cirugía

Tipo de cirugía: ..... Fecha: .....

.....

.....

Evolución: .....

.....

.....

Reoperaciones: .....

.....

.....

5) Alta del módulo

Estado general del niño

Diagnóstico actualizado .....

.....

.....

.....

Peso: ..... EG: ..... Talla: ..... P. Cefálico: .....

Derivación a programa de seguimiento (en caso de alta) ◯ **Sí** ◯ **No**

Efector y fecha: .....

Comentarios: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha: / / .....

Firma y sello médico responsable