



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

DECRETO DE RESOL. Nº 3511

IPSS

SEGURIDAD SOCIAL INSTITUTO DE PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL DE TUCUMAN SUBSIDIO DE SALUD



HISTORIA CLINICA NEONATAL

HOSPITALIZACION NEONATAL CLAP/SMR-OPS/OMS SIP no si INSTITUCION DE NACIMIENTO

RN (nombre) Tiene pulsera de ID no si Historia Clínica

MADRE (nombre) D.N.I. Nº Afiliado

se encuentra en: mismo hospital otro hospital domicilio fallecida Condición de Salud normal crítica Conoció a su hijo no si

PADRE (nombre) Teléfonos

Comunicación con la familia Dirección Email

TRANSPORTE mismo hospital (sala de parto) otro hospital reingreso MOTIVO

TIPO aéreo terrestre DISTANCIA Km DURACION Horas Min incubadora no si venoclisis no si monitoreo no si oxígeno no si CPAP no si intubado no si DROGAS no si VOL. IV: mL TIPO

COMPLICACIONES (durante el transporte) no si

INGRESO A NEO EN: ENFERMERA

1era VALORACION: temp. axilar °C, SaO2 % , FIO2 , Cianosis no si, SDR no si, Palidez no si, Diuresis no si, Vigilia normal coma, Convulsiones no si, PESO g, LONGITUD cm, PER. CRANEANO cm

NOTAS AL INGRESO

Dra. MARIANA UASUF SUB INTERVENTORA INST. PREV. Y SEG. SOC. TUC

INFORME INICIAL A LA FAMILIA directa telefónica no se logró

Responsable del ingreso LUIS ENRIQUE MARTIN SECRETARIO GENERAL (Int.) INST. DE PREV. Y SEG. SOC. TUC Firma

este color significa ALERTA

este color significa ALERTA

PATOLOGIAS no <input type="radio"/> asfíxia al nacer <input type="radio"/> si <input type="radio"/> membrana hialina <input type="radio"/> SDR asoc meconio <input type="radio"/> hipert. pulmonar <input type="radio"/> ductus art. tratado <input type="radio"/> apneas <input type="radio"/> Otras (código y nombre) <input type="text"/>		SEPSIS no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> día mes año <input type="text"/> día mes año <input type="text"/> día mes año <input type="text"/> día mes año <input type="text"/> hemocultivo positivo/germen <input type="text"/> sólo clínica <input type="radio"/>		RETINOPATIA oftalmoscopia indirecta <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> edad gestac. 1º ex. <input type="text"/> sem. <input type="text"/> días <input type="text"/> grado máx. <input type="text"/> (0-5) Requiere cirugía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		ENCEFALO no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ecografía <input type="radio"/> leucomalacia <input type="radio"/> hemorragia craneana <input type="radio"/> grado máx. <input type="text"/> (1-4) asfíctico c/convulsiones <input type="radio"/>	
--	--	--	--	--	--	---	--

Defecto congénito mayor

TRATAMIENTOS surfactante <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> indomet. profil. <input type="radio"/> indo/ibup. trat. <input type="radio"/> aminof/cafeol <input type="radio"/> alimentación parenteral <input type="radio"/>		EDAD 1ª dosis horas <input type="text"/> minutos <input type="text"/> días <input type="text"/> días <input type="text"/>		CUIDADOS RESPIRATORIOS CPAP pre ventil <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ventilado ET <input type="radio"/> CPAP <input type="radio"/> oxígeno <input type="radio"/> transfusiones <input type="radio"/> ml Vol. total <input type="text"/>		DURACION días <input type="text"/> horas <input type="text"/> días <input type="text"/> días >28d. <input type="radio"/>		CIRUGIA ductus <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ECN <input type="radio"/> ROP <input type="radio"/> hidrocef <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		CRECIMIENTO INICIAL peso mínimo <input type="text"/> g edad recupera peso <input type="text"/> días peso a las 36 sem. <input type="text"/>		ANTROPOMETRIA AL EGRESO PESO g <input type="text"/> LONGITUD cm <input type="text"/> PER. CRANEANO cm <input type="text"/>	
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

EGRESO vivo fallece traslado fallece durante o en lugar de traslado

día mes año necro no sí
 lugar

ALIMENTO AL EGRESO
 lactancia exclusiva
 parcial artificial

MADRE JUNTO A RN DIA PREVIO
 día y noche
 sólo día
 sólo visitó
 no visitó

HOGAR AL EGRESO
 con madre/padre
 otros familiares
 adopción
 amparo instituc.
 n/c

TAMIZAJES/INMUNIZACIONES SIFILIS <input type="radio"/> neg <input type="radio"/> + tratado <input type="radio"/> + no tratado <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> TSH <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> elevado <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> AUDICION <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> déficit <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> FALCIFORME <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> BCG <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> Hep B vac <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/>						PROMOCION DE SALUD - Temas abordados Dormir boca arriba <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Prevención contagio respivirus <input type="radio"/> Uso alcohol/gel <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Derechos/protec. social <input type="radio"/> Entrego material impreso <input type="radio"/>					
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

INDICACIONES AL EGRESO	RESPONSABLE <input type="text"/>	TELEFONO <input type="text"/>	EMAIL <input type="text"/>
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------

SEGUIMIENTO COORDINADO Pediátrico <input type="text"/> Lugar <input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Oftalmológico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Audiológico <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Apoyo Psicosocial <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TEST DEL RN AL ALTA TSH <input type="text"/> TRIPSINA <input type="text"/> GALACTOSEMIA <input type="text"/> FENILCETONURIA <input type="text"/> ALERTA <input type="text"/>		Por cuántas semanas la madre no realizará tareas fuera del hogar? <input type="text"/> <input type="radio"/> < 4 semanas	
--	--	--	--	--	--