FICHA: VISITA DOMICILIARIA "SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS PARA EL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL: NIÑOS Y NIÑAS ENTRE LOS 4 A 23 MESES"

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS GENERALES** |  |
| N° de Historia Clínica |  | DNI | F.de Nac |  | Sexo | M | F |
| Apellidos |  | Peso al nacer |  | Edad Gest al nacer (sem) |  |
| Nombres |  | Prematuro | SI | NO | Bajo Peso | SI | NO |
| Nombre de la madre |  | Dirección | Telefono |  |
| **VISITAS** | **1ra visita** | **2da visita** | **3ra vista** | **4ta visita** |
| FECHA DE VISITA | / / | / / | / / | / / |
| Tiene control CRED | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Peso de control CRED |  |  |  |  |
| Fecha dosaje Hemoglobina (último control) | / / | / / | / / | / / |
| Valor Hemoglobina |  |  |  |  |
| Fecha de última entrega de suplemento | / / | / / | / / | / / |
| Compromiso asumido ( C ) |  |  |  |  |
| Compromiso asumido ( C ) |  |  |  |  |
| Tiene cartilla de compromisos | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| **C** | **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O CONTINUACION DE LA LACTANCIA. Explorar según corresponda si el niño(a) está recibiendo LME o si continua recibiendo LM** |
| 1 | 1.1 | ¿Está dando de lactar a (nombre del niño(a))? Si responde NOcontinúe con el siguiente compromiso. | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  | 1.2 | ¿Además de su leche le da formula " otra leche"? | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  | 1.3 | ¿Le da aguita, mate, hierbas, te, jugo, caldo, otros? | SI | NO | otros = |
|  | **ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. Explorar** |  |
| 2 |  | ¿Qué le está dando de comer? Sopas, caldos (1), pures,mazamorras(2), alimentos picados (3), segundo (4) |  |  |  |  |  |
| 3 | 3.1 | ¿Ayer (nombre del niño(a) comió?: pescado |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  |  | **higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura** |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  |  | carne de res |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  |  | pollo |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  |  | huevo, leche o queso |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  | 3.2 | Si en 3.1 consumio un AOA rico en hierro. Explore ¿Cuántocomio? (refrencia 2 Cdas1) |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  | 3.3 | Si en 3.1 no consumió un AOA rico en hierro, explore: ¿En Los últimos 3 días (nombre del niño(a) ha comido higado, sangrecita,bazo, u otra viscera oscura? |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 4 |  | Cuántas veces le da de comer cada día: 2 a 3 v/día (6 a 8m), 3comidas +1 refrigerio (9 a11m), 3 comid + 2 refrig (>1 año) |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 5 |  | Que cantidad está comiendo su niño(a): 1/2 plato de comida o 3a 5 cdas (6 a 8m), 3/4 plato comida o 5 a 7 cdas (9 a 11m), 1 platoo 7 a 10 cdas (>1 año)2 |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 6 | 6.1 | ¿En los últimos 3 días le dio verduras de color amarillo, anaranjad | o, verde? |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  | 6.2 | ¿En los últimos 3 días le dio frutas de color amarillo, anaranjado? |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 7 |  | ¿Esta última semana le dió habas, frijoles, lentejas u otramenestra a su niño(a)? |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |

1 utilizar cuchara como referencia, 2 utilizar el plato en el que come el niño(a) para marcar la respuesta.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VISITAS** |  | **1ra visita** | **2da visita** | **3ra vista** | **4ta visita** |
| **C** | **SUPLEMENTACION. Explorar uso correcto del suplemento** |  |
| 8 | 8.1 | ¿le da suplementos de hierro y/o Micronutriente? Si es NO pase a8.5 | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  | 8.2 | Muéstreme lo q le da: gotas(1), jarabe(2), Polvo(3), no muestra(4) |  |  |  |  |
|  | 8.3 | ¿Cuánto le da y cada cuanto le da? Verifique si es correcto |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8.4 | Si 8.2 respondió 3, ¿Cón que se lo da?, con alimento liquido (1),con alimento semisólido (2), otro (3) anote |  |  |  |  |
|  | 8.5 | Si 8.1 la respuesta es NO, pregunte ¿Por qué no le da? |  |  |  |  |
|  | **OTROS COMPROMISOS** |  |
| 9 |  | ¿Se lava las manos y las manos del niño(a)? | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 10 |  | ¿Anima a su hijo(hija) a comer y le hable cariñosamente? |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 11 |  | ¿Cuándo su niño(a) está enfermo le da de comer igual (1), le da menos comida (2), le da más comida (3), no le da de comer (4) |  |  |  |  |  |
| 12 |  | ¿Su Fam. le apoya con la alimentación de su hijo(a)? | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  |  | Asistió a Sesión demostrativa de preparación de alimentos |  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Está cumpliendo compromiso (C )? | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿Está cumpliendo compromiso (C )? | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Si no está cumpliendo compromisos, explore ¿Por qué? |  |  |  |  |
| Anote quien atendió la visita |  |  |  |  |
| Nombre del personal de salud que la realizó la visita |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |

 \*Si la visita se realiza a niños o niñas con anemia, colocar fecha y resultado del primer dosaje de HB Fecha: Resultado: