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 NO  continúe 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 ¿Cuánto  comio? (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), 3  comidas +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 3  a 5 cdas (6 a 8m), 3/4 plato comida o 5 a 7 cdas (9 a 11m), 1 plato  o 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 otra  menestra 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 a  8.5 | 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: