



REPORTE DE ATENCIÓN AL RN PRETÉRMINO A SU EGRESO DEL MÓDULO O A LOS 30 DÍAS DE SU INGRESO A UTI

Este reporte debe ser completado por el profesional responsable

CÓDIGO IT E013 (RN de 500 a 1500g con requerimiento de ARM o CPAP)

1-NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

2 - DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido del RN:

Sexo: M F

DNI:

Fecha y Hora de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento (Efector):

Derivación del RN: SI / NO

FECHA:

Nombre y Apellido Materno:

Edad:

DNI:

3- DATOS NEONATALES

Edad gestacional:

Peso al nacer:

APGAR 1'..... 5'.....

Diagnóstico de Ingreso:

Malformación congénita (tipo, síndrome, asociación):

4- INTERNACIÓN

Soporte respiratorio:

ARM Fecha: Desde: Hasta:

CPAP Fecha: Desde: Hasta:

Accesos Vasculares: Arteria Umbilical Vena Umbilical Percutánea Otros

Fecha:



Nutrición parenteral: SI / No

Día de inicio:

Días totales:

Infecciones:

Hemocultivos Positivo

Sepsis Asociada a Catéter

Otras Infecciones

.....

.....

.....

Estudios complementarios:

Ecografía cerebral SI NO

Fondo de ojo SI NO

5. CIRUGÍA

SI NO

FECHA:

MOTIVO:

6. EVOLUCIÓN

ALTA SI NO FECHA:

FALLECIDO SI NO FECHA:

DERIVADO SI NO FECHA: LUGAR:

7. ESTADO GENERAL DEL NIÑO (a su egreso del módulo):

8. OTROS DATOS

Secuelas:

Displasia broncopulmonar	SI	NO	
Hemorragia intracraneana:	SI	NO	GRADO:
Hidrocefalia posthemorrágica:	SI	NO	
Leucomalacia periventricular:	SI	NO	
Retinopatía prematuro:	SI	NO	GRADO:
Tratamiento:	SI	NO	

Diagnóstico actualizado:

Peso.....EG.....

Talla..... Perímetro cefálico.....

Derivación a programa de seguimiento (Indicar SI/NO- Efecto y fecha)

9. OBSERVACIONES:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL REPORTE:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: