



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 E014 (RN de 500 a 1500g sin 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):
FECHA:

Derivación del RN: SI / NO

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

Sin soporte respiratorio:

Fecha:

Desde:

Hasta:

Nutrición Parenteral:

NO

SI

• Día de inicio:

Día de finalización:

Días Totales:

Accesos Vasculares: Arteria Umbilical Vena Umbilical

Percutánea

Otros

Fecha:

.....

.....

.....



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: