



REPORTE DE ATENCIÓN PARA EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO PARA PRESTACIONES QUIRÚRGICAS. DEBE SER REALIZADO AL EGRESO DEL MÓDULO

Este reporte debe ser completado por el profesional responsable

SELECCIONE CON UNA CRUZ EL CÓDIGO DE LA PRESTACIÓN CATASTRÓFICA CORRESPONDIENTE

IT Q009

IT Q010

IT Q011

IT Q021

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

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.DATOS DE LA INTERNACIÓN:

Accesos Vasculares Arteria Umbilical Vena Umbilical Percutánea Otros

Fecha:

Nutrición parenteral: Sí 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

Fecha del acto quirúrgico:

Diagnóstico

Procedimiento

Día prequirúrgico SÍ/ NO FECHA

Días Postquirúrgicos en - UTI: Desde..... Hasta..... Días Totales:

- Cuidados Intermedios: Desde.....Hasta..... Días Totales:

Reoperaciones:

6. EVOLUCIÓN

ALTA: SI NO FECHA:

FALLECIDO: SI NO FECHA:

DERIVADO: SI NO FECHA: LUGAR:

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

8. OTROS DATOS

Secuelas

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

PROGRAMA | MINISTERIO DE
SUMAR | SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES