HOSPITAL PUERTO MONTT

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA | UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PREMATURO

1. DATOS MATERNOS

• **Escolaridad materna:**

☐ Básica incompleta ☐ Básica completa ☐ Media incompleta ☐ Media completa ☐ Técnico / Superior

• **Talla materna:** _____ cm • **Peso pregestacional:** _____ kg • **IMC pregestacional:** _____

• **EG al primer control prenatal:** _____ semanas • **Teléfono:** _____

2. IDENTIFICACIÓN Y DATOS DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO

• **Nombre RN:** _____

• **RUT:** _____ • **Ficha Clínica:** _____

• **Fecha Nacimiento:** _____ / _____ / _____ • **Hora Nacimiento:** _____: _____hrs • **EG al nacer:** _____ sem

• **Peso:** _____ g • **Talla:** _____ cm • **CC:** _____ cm • **Apgar:** 1': _____ / 5': _____

3. TERAPIA CON SURFACTANTE EXÓGENO

• **¿Recibió Surfactante?:** ☐ Sí ☐ No • **Tipo:** ☐ Poractant alfa (Curosurf®) ☐ Beractant (Survanta®)

☐ Otro: _____

• **Hora 1.ª dosis:** _____ : _____ hrs • **N.° total de dosis:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥ 4

4. CRONOGRAMA DE EXÁMENES

EXAMEN / EVALUACIÓN	INDICACIÓN	FECHA	EGC	EDAD (ddv)	RESULTADO	CONTROL / RESULTADO
Ecografía cerebral (0 – 7 días)	0 – 7 días					
Ecografía cerebral (7 – 21 días)	7 – 21 días					
Ecografía cerebral (> 21 días)	> 21 días					
Fondo de Ojo (ROP)	28 ddv					
Fondo de Ojo (Control)	Según indicación					
PEAT (Potenciales auditivos)	34 – 36 sem					
Ecografia cardiaca						
otro						

5. CONTROL ANTROPOMÉTRICO (PESOS, TALLAS Y CC)

HITO DE EVALUACIÓN	FECHA	PESO (g)	TALLA (cm)	CC (cm)
7 días (7d)				
28 días (28d)				
36 semanas de EGC				
Al Alta hospitalaria				

6. INMUNIZACIONES DEL PREMATURO

• **Inmunización neonatal / Profilaxis:** Hepatitis B: ☐ Sí (Fecha: _____/_____/_____)

BCG (≥ 2.000 g): ☐ Sí (Fecha: _____/_____/_____) Nirsevimab: ☐ Sí (Fecha: _____/_____/_____)

• **¿Recibió vacuna de los 2 meses a los 60 días de vida (ddv)?:** ☐ SÍ ☐ NO

- Fecha de administración: _____ / _____ / _____

- Comentarios / Observaciones: _____

7. CONDICIÓN DE LACTANCIA AL ALTA (CONDICIÓN EFECTIVA / NO INDICACIÓN MÉDICA)

Marcar con un ticket **[✓]** la alimentación que el recién nacido recibe efectivamente al momento del egreso hospitalario (alimentación real de las últimas 48 horas previo al alta):

☐ **Lactancia Materna Exclusiva (LME)**
Alimentación mediante pecho materno directo y/o leche materna extraída, sin administración de fórmulas ni sucedáneos.

☐ **Lactancia Mixta**
Alimentación con leche materna complementada o combinada con fórmula de prematuro o fórmula de inicio.

☐ **Fórmula Exclusiva**
Alimentación brindada exclusivamente con sucedáneo de leche materna / fórmula láctea, sin aporte de leche humana.

• **Uso de Fortificante de Leche Materna:** ☐ Sí ☐ No

• **Vía de alimentación al egreso:** ☐ Succión completa (pecho/mamadera) ☐ Sonda (SNG/SOG) ☐ Mixta

• **Observaciones / Indicaciones especiales al egreso:**

_____

_____

_____

Firma y Timbre Médico Tratante