UNIDAD/SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: HOJA DE LACTANCIA

|  |
| --- |
| IDENTIFICACIÓN DEL RN Y SU MADRE |

PEGATINA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datos generales | | | |
| Edad gestacional |  | | |
| Somatometría RN | Peso | Talla | PCef |
| Edad al ingreso | RN ………… días | | |
| Gestación múltiple | No Sí | | |
| Procedencia | Intrahospitalario Partos Puerperio  Extrahospitalario Domicilio Otro hospital | | |
| Madre | Nombre Nº Hª  Nº embarazo actual ………………. Lactancia previa Sí No | | |

|  |
| --- |
| DATOS RELACIONADOS CON LA LACTANCIA |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Inicio de la nutrición enteral /lactancia: | | | | |
| Días vida | Peso | boca SNG |  | |
| Tipo de leche | Leche materna propia leche materna donada fórmula artificial | | | |
| Calostro orofaríngeo | sí desde ………….. horas / ddv hasta ………. ddv  no motivo …………………………………………………………………….………………………………..….. | | | |
| Alcanza y tolera enteral completa (≥ 140 ml/kg/d): ……………….. ddv | | | |  |
| Nº de días de nutrición parenteral: ………. d | | Nº de días de CVC: Total ……………… d  CAU ……..…..d CVU ……..….d PICCs: …………d | | |
| Inicio tomas por boca: …….. ddv ………. s EPM | | Completa todas las tomas por boca: …..…..ddv ………. s EPM | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Durante el ingreso: | | |
| **LACTANCIA MATERNA**  Leche donada: Inicio …………….. ddv Fin …………….. ddv Nº de días de ingreso con leche donada: …………….  Leche propia: Inicio …………….. ddv Fin ……………… ddv Nº de días de ingreso con leche propia: ….………….  Lactancia materna exclusiva (propia y/o donada) todo el ingreso Lactancia materna propia todo el ingreso | | |
| Fortificación multicomponente desde ……… ddv, hasta …………………. ddv …….. s EPM | | |
| Módulo de proteínas desde ……… ddv, hasta …………………. ddv …….. s EPM | | |
| **ADMINISTRACIÓN DE** **SUPLEMENTOS**  Fórmula artificial: Inicio …………….. ddv Fin …………….. ddv Nº de días de ingreso con fórmula: ……..………….  Causa(s) para la suplementación:  Producción insuficiente Patología materna grave Medicación no compatible Decisión materna informada  Otras: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **NO LACTANCIA MATERNA (LACTANCIA ARTIFICIAL)**  Causa(s) para no-LM: Patología materna Medicación no compatible Decisión materna informada Contraindicación LM  Otras: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| Durante  el ingreso: | CPP habitual | Inicia CPP a los ……………………. ddv …….... s EPM |
| Extracción de leche junto al niño | Inicia a los ………….… ddv |
| Succión al pecho | Inicia a los …………………………... ddv …….… s EPM |
| Completa tomas al pecho | Nunca Sí: ……….ddv ………..EPM |

|  |
| --- |
| Al alta |
| Lactancia materna exclusiva  pecho pecho y biberón biberón Otro método de suplementación: ………………………………………… |
| Lactancia suplementada  pecho pecho y biberón biberón Otro método de suplementación: ………………………………………… |
| Lactancia artificial (no lactancia materna) |

|  |
| --- |
| Tras el alta (2-3 sem tras el alta) |
| Lactancia materna exclusiva a demanda (pecho) a los ………….. días tras alta  Lactancia materna exclusiva pecho biberón  Lactancia materna suplementada  No lactancia materna |

|  |
| --- |
| DIFICULTADES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA |

|  |  |
| --- | --- |
| Dificultades | |
| Retraso en el inicio de la estimulación/extracción de LM | > 6 horas  > 24 horas  > 48 horas  Causa: ………………………………………………………………………………………………. |
| Medicación y/o enfermedad materna | |
| Enfermedades / Condiciones del RN |  |
| Dificultades sociales |  |
| Deseo materno expreso de no lactar |  |
| Residencia fuera de la provincia |  |
| Otras : | |

|  |
| --- |
| OTROS DATOS DE INTERÉS |

|  |  |
| --- | --- |
| Crecimiento y morbilidad | |
| **Somatometría** 28 ddv | Peso …………………. Talla ……………….. PCef ………………..….. < p10 peso < p10 PCef |
| 36 s EPM | Peso …………...……. Talla ……………….. PCef ………….……….. < p10 peso < p10 PCef |
| Al alta  ………... ddv , ……..… sEPM | Peso …………..….…. Talla ……………….. PCef ……………….….. < p10 peso < p10 PCef |
| **Morbilidad y complicaciones relacionadas con la prematuridad:** | |
| EMH surfactante ventilación mecánica invasiva DBP: leve moderada-grave | |
| Nº días con tratamiento antibiótico: …………………………… Sepsis precoz Sepsis tardía | |
| DAP con cierre: farmacológico oclusión quirúrgica | |
| Perforación intestinal espontánea NEC > 2 IPLV/APLV | |

|  |
| --- |
| Consentimiento informado |
| Sí Fecha: |

Otras consideraciones:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………