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 PuerperioExtrahospitalario 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 ……………… dCAU ……..…..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: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  |
| Duranteel 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 horasCausa: ………………………………………………………………………………………………. |
|  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:

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

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

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