



**Investigación de campo bajo peso al nacer a término código INS 110**

La ficha de notificación es para fines de Vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

**FOR-R02.0000-033 V:00 AÑO 2014**

1.1 Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	1.2 Entidad que realiza la investigación <input type="radio"/> 1. UPGD <input type="radio"/> 2. Asegurador <input type="radio"/> 3. Entidad territorial
--	--

1.3 Nombre de quién realiza la Investigación de caso

1.4 Perfil o profesión de quién realiza la investigación

**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

2.1 Apellidos y nombres de quién suministra la información

2.2 Parentesco con el recién nacido

2.3 Menor asegurado  
 1. Sí     2. No

**3. INFORMACIÓN SOCIO AMBIENTAL**

3.1 Agua potable:  1. Sí     2. No      3.2 Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias  1. Buenas     2. Regulares     3. Malas

**4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN**

4.1 Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales

**5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO (Al momento de la visita)**

5.1 Peso en Gramos gr <input type="text"/>	5.2 Talla Centímetros cm <input type="text"/> . <input type="text"/>	5.3 Estado actual <input type="radio"/> 1. Subió de peso <input type="radio"/> 2. Permanece igual <input type="radio"/> 3. Bajó de peso
--	--	--

**6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

6.1 Recibe lactancia materna exclusiva <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.2 ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (Incluido leche de vaca) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.3 Recibe leche de fórmula <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
6.4 ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.5 ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	

**7. PLAN DE INTERVENCIÓN**

7.1 ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2 ¿Se remite a servicios de salud? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.3 ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario u otros servicios? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
--	--	--

**8. VISITA DE SEGUIMIENTO N°. 2 (La visita de seguimiento se realiza al mes de la primera visita de campo y se debe ingresar por medio de ajuste No. 7)**

8.1 Fecha de visita de control 2 (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	8.2 Peso Gramos gr <input type="text"/>	8.3 Talla Centímetros cm <input type="text"/> . <input type="text"/>	8.4 Estado actual <input type="radio"/> 1. Subió de peso <input type="radio"/> 2. Permanece igual <input type="radio"/> 3. Bajó de peso
8.5 Nombre del profesional que diligencia la segunda investigación de caso: <input type="text"/>			8.6 Cargo <input type="text"/>

**GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO**

Registre en este espacio información complementaria para el bajo peso al nacer a término (Familiograma, signos de alarma del recién nacido, dificultades con la lactancia materna, percepción de inseguridad alimentaria, antecedentes de embarazo, características del embarazo actual, servicios a los cuales se remitió al recién nacido o la mamá, entre otras, o si la investigación es fallida describir las causas).

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS  
INVESTIGACIÓN DE CASO DE BAJO PESO AL NACER (C6d INS: 110)**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	OBLIG.
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>		
1.1 Fecha de investigación	Formato día-mes-año	SI
1.2 Entidad que realiza la investigación	Marque con una X la opción según corresponda.	SI
1.3 Nombre de quién realiza la investigación de caso	Diligencie con letra legible la información solicitada.	SI
1.4 Perfil o profesión de quién realiza la investigación.	Diligencie con letra legible la información solicitada.	SI
<b>2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO: Tenga en cuenta que el entrevistado debe ser una persona mayor de edad, que esté en la capacidad de responder los cuestionamientos que se realizarán a continuación. Debe mencionar que los datos registrados en la presente investigación, tendrán completa confidencialidad.</b>		
2.1 Apellidos y nombres de quién suministra la información	Anote la información solicitada.	SI
2.2 Parentesco con el recién nacido	Anote la información solicitada. Por ejemplo: madre, padre, abuela, abuelo, tíos, entre otros.	SI
2.3 Menor asegurado	Marque con una X la opción según corresponda.	SI
<b>3. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL</b>		
3.1 y 3.2	Marque con una X la opción según corresponda. Al realizar la evaluación de las condiciones higienico sanitarias tenga en cuenta: Valorar el estado de higiene de la vivienda. Valorar el entorno de la vivienda, identificando la presencia de botaderos de basura cercanos, presencia de vectores o roedores. Valorar las actividades de conservación y almacenamiento de los alimentos.	SI
<b>4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN</b>		
4.1 Institución de salud donde se realizaron los controles.	Diligencie con letra legible el nombre de la Institución en Salud donde se realizaron los controles prenatales.	SI
<b>5. ANTROPOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO</b>		
5.1 Peso en gramos	Anote el valor el peso en gramos al momento de la visita	SI
5.2 Talla en centímetros	Anote el valor de la talla en centímetros al momento de la visita.	SI
5.3 Estado actual	A partir de los datos encontrados, marque con una X la opción según corresponda.	SI
<b>6. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>		
6.1 a 6.5	Este grupo de variables se relaciona con la alimentación que está recibiendo el Recién Nacido al momento de la Investigación. Marque con una X la opción según corresponda en cada una de las variables.	SI
<b>7. PLAN DE INTERVENCIÓN</b>		
7.1 a 7.3	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que a partir de los hallazgos durante la visita, se debe generar un plan de intervención y acompañamiento con el fin que se logre garantizar la ganancia de peso del menor y mejorar sus condiciones de vida. Por ejemplo, educación en lactancia materna, remisión a servicios de salud, canalización a programas de apoyo.	SI
<b>8. VISITA DE SEGUIMIENTO: La visita de seguimiento debe realizarse al mes de la visita inicial y debe ser ingresada en el sistema como ajuste 7.</b>		
8.1 Fecha de visita de control	Formato día-mes-año	SI
8.2 Peso en gramos	Anote el peso en gramos al tomado momento de realizar el control.	SI
8.3 Talla en centímetros	Anote la talla en centímetros medido al momento de realizar el control.	SI
8.4 Estado actual	A partir de los datos encontrados, marque con una X la opción según corresponda, comparando el estado de la visita inicia con la actual.	SI
8.5 Nombre del profesional que diligencia la segunda investigación.	Ingrese claramente los datos solicitados	SI
8.6 Cargo	Ingrese claramente los datos solicitados	SI
<b>GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO</b>		
Espacio para diligenciar la información necesaria que pueda complementar la Intervención Epidemiológica de Campo. (Familiograma, signos de alarma del recién nacido, dificultades con la lactancia materna, percepción de inseguridad alimentaria, antecedentes de embarazo, características del embarazo actual, servicios a los cuales se remitió al recién nacido o la mamá, entre otras, o si la investigación es fallida describir las causas).		NO