**FORMATO 3: NIÑOS Y NIÑAS**

Fecha de Ingreso: Día       Mes       Año

Unidad de Servicio:

Departamento: Municipio:

## 1. INFORMACION GENERAL

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: D \_\_\_ M \_\_\_ A \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ meses Sexo (F) (M)

Nombre Acudiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Barrio, Vereda, Localidad, Ranchería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. VALORACIÓN INICIAL DE LA ALIMENTACION CONSUMIDA POR EL NIÑO O NIÑA**

**2.1. Información inicial de Lactancia Materna – LM / Alimentos Sucedáneos de la leche materna**

Recibe LM Exclusiva: Si ( ) Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No ( ) Por qué? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recibe LM Total: Si ( ) Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No ( ) Por qué?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicite a la madre que amamante. Observe y describa:

Condición de los pechos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posición del bebe durante la lactancia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agarre del pecho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Succión – Deglución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La niña o niño mamó durante \_\_\_\_\_\_\_ minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.

Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o relactancia materna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recibe Fórmula Infantil: Si ( ) No ( )

Tipo de Fórmula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Volumen por toma\_\_\_\_\_\_c.c. No Tomas/ día: \_\_\_\_\_\_\_

Suministro: Biberón\_\_\_\_\_ Cuchara\_\_\_\_\_ Pocillo\_\_\_\_ Vaso pitillo\_\_\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_\_\_\_

Forma de Preparación, identifique si es adecuada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.2. Información Inicial de Alimentación**

**Apetito:** Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

**Ingesta:** Rápida ( ) Despacio ( ) Normal ( )

**Deglución:** Normal ( ) Deficiente ( )

**Mastica:** Si ( ) No ( ) Explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hábito intestinal**: Normal ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( )

**Síntomas gastrointestinales:** Vomito ( ) Reflujo ( )Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alimentos Preferidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alimentos Rechazados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alimentos no tolerados:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.3. Información Inicial de Anamnesis alimentaria (día anterior)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HORA** | **ALIMENTO Y PREPARACIÓN** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 2.4. Información Inicial de Frecuencia de consumo de alimentos por grupo

| **ALIMENTO** | **DIARIO / No. VECES** | | | **SEMANAL / No. VECES** | | | **QUINCENAL** | **NUNCA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2-3** | **4-6** | **1** | **2-3** | **4-6** |
| Arroz, pasta |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Papa, plátano, arracacha, ñame |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pan, Arepa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tomate, zanahoria, ahuyama |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla, |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mango, maracuyá, Papaya, Guayaba |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Banano, lulo, piña, naranja, |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leche entera |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fórmula láctea |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yogurt, Kumis |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Queso |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Preparaciones con leche |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne, Pollo, pescado |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Huevo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leguminosa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bienestarina |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Embutidos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aceites, Mantequilla y Grasas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aguacate, coco |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Azúcar, panela |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dulces |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paquetes, Comidas Rápidas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gaseosas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.  **2.5.** **Cálculo de consumo aproximado calorías y nutrientes del niño o niña al ingreso del programa y recomendado.**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **NUTRIENTES** | **CONSUMO** | **RECOMENDADO** | **% ADECUACIÓN** | | Líquidos |  |  |  | | Calorías |  |  |  | | Proteínas |  |  |  | | Grasas |  |  |  | | Carbohidratos |  |  |  | | Calcio |  |  |  | | Hierro |  |  |  | | Vitamina A |  |  |  | | | | | | | | | |

**3. ANTROPOMETRÍA AL INGRESO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE** | **Fecha** | | | **Para niños y niñas; Perímetro de Brazo  PB (cm)** | **Para niños y niñas Interpretación  Tamizaje Nutricional (PB)** | **Edad** | | **Peso Kg** | **Talla  cm** | **Clasificación nutricional** | **Estado graves de desnutrición (Marasmo o kwashiorkor o mixto)** | **Se observa alguna patología agregada al momento de la atención?(SI, cuál / NO)** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Años** | **Meses** | **Peso/ Talla** |
| **INGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. CONCEPTO VALORACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL**

Haga una interpretación sobre la alimentación y el estado nutricional encontrado, para definir las recomendaciones de alimentación y nutrición necesarias. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL**

**5.1. Cálculo de necesidades de calorías y nutrientes para la niña o niño:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUTRIENTES** | **Por kg** | **Total/día** | **Aporte por alimento suplementario (cantidad)** | **Aporte por alimento suplementario (porcentaje)** |
| Calorías |  |  |  |  |
| Proteínas |  |  |  |  |
| Grasas |  |  |  |  |
| Carbohidratos |  |  |  |  |
| Calcio |  |  |  |  |
| Hierro |  |  |  |  |
| Vitamina A |  |  |  |  |
| Líquidos |  |  |  |  |

**5.2. Recomendaciones alimentarias:**

*(mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida con la alimentación del hogar, alimentos priorizados para la niña o niño)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.3. Cálculo de alimento suplementario a suministrar**

A continuación, se encuentra el requerimiento energético necesario para lograr el mejoramiento del estado nutricional por grupo de edad, el cual debe ser suministrado a los beneficiarios considerando la alimentación recibida en casa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo edad**  **(meses)** | **Promedio peso RIEN** | **Requerimiento Diario de Energía Kcal/Kg/día - RIEN** | **Requerimiento diario de energía Kcal/día - RIEN** | **25 Kcal/Kg adicionales OMS** | **Requerimiento Total Diario de Energía con adición de 25 Kcal/Kg/día** | **50% del requerimiento de energía total diario** | **Número de porciones de 50 gr para aportar el 50% del requerimiento de Energía total diario** | **25% del requerimiento de energía total diaria** | **Número de porciones de 50 gr. para aportar el 25% del requerimiento de Energía total diario** |
| 6-8 | 7,9 | 80 | 632 | 198 | 830 | 415 | 1,6 | 207 | 0,8 |
| 9-11 | 8,8 | 80 | 704 | 220 | 924 | 462 | 1,8 | 231 | 0,9 |
| 12-23 | 11,5 | 82 | 943 | 288 | 1231 | 615 | 2,4 | 308 | 1,2 |

**Fuente:** Tomado y adaptado Human Energy Requirements Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation Rome, 17–24 October 2001- FAO Food and Nutrition technical report series y Technical note, Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6-65 months of age.

Nota: La ciencia ha venido usando la estimación del costo nutricional del crecimiento y el depósito de nuevos tejidos corporales. Una ingesta de energía de 25 kcal/kg/día, adicional al requerimiento de los niños no desnutridos, es probable soporte una ganancia de peso de 5 g/kg/día, basado en la composición media de tejido. Aunque todavía no está probada, esta cantidad adicional de energía es poco probable que conduzca a sobrepeso u obesidad durante este período de la vida. Technical note, Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6-65 months of age. WHO, 2012.

| **Alimento suplementario a suministrar** | | |
| --- | --- | --- |
| **No. Sobres / día** | **Presentación comercial (20 ó 50g)** | **No. Sobres al mes** |
|  |  |  |

**6. SEGUIMIENTO A LA ATENCIÓN**

**6.1. Seguimiento antropométrico**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE** | **Fecha** | | | **Para niños y niñas; Perímetro de Brazo  PB (cm)** | **Para niños y niñas Interpretación  Tamizaje Nutricional (PB)** | **Edad** | | **Peso Kg** | **Talla  cm** | **Clasificación nutricional** | **Estado graves de desnutrición (Marasmo o kwashiorkor o mixto)** | **Se observa alguna patología agregada al momento de la atención?(SI, cuál / NO)** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Años** | **Meses** | **Peso/ Talla** |
| **INGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEGUIMIENTO MENSUAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**6.2. Seguimiento al consumo del alimento suplementario y ración familiar para preparar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE** | **Fecha del seguimiento** | | | **Atención Nutricional** | | | **Tolerancia del Alimento suplementario   (Si o No)** | | | | | | **Observaciones  (registre la mejoría o no del beneficiario y si es necesario adelantar acciones adicionales)** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Recibe Alimento suplementario listo para el consumo (SI / NO)** | **Nº de dosis entregadas/30 días** | **Recibe Ración familiar  (Si o No)** | **Diarrea** | **Vomito** | **Distensión Abdominal** | **Rechazo** | **Alergia** | **Otra reacción. (SI,CUAL/NO)** |
| **INGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEGUIMIENTO MENSUAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Nutricionista Dietista Firma, sello y tarjeta profesional

**FORMATO 3A: MUJERES GESTANTES**

Fecha de Ingreso: Día       Mes       Año

Unidad de Servicio:

Departamento: Municipio:

## 1. INFORMACION GENERAL

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: D \_\_\_ M \_\_\_ A \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años Semanas de Gestación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Embarazo de alto riesgo: (Si) (No) ¿Por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Barrio, Vereda, Localidad, Ranchería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. VALORACIÓN INICIAL DE LA ALIMENTACION CONSUMIDA POR LA MADRE GESTANTE**

**2.1. Información Inicial de la alimentación**

**Apetito:** Normal ( ) Aumentado ( ) Disminuido ( )

**Hábito intestinal**: Normal ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( )

**Alimentos Preferidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alimentos Rechazados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alimentos no tolerados:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sintomatología gastro-intestinal: Vomito ( ) Nauseas ( ) Llenura ( ) inapetencia ( )

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.2. Información Inicial de Anamnesis alimentaria (día anterior)**

| **HORA** | **ALIMENTO Y PREPARACIÓN** | **CANTIDAD** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 2.3. Información Inicial de Frecuencia de consumo de alimentos por grupo

| **ALIMENTO** | **DIARIO / No. VECES** | | | **SEMANAL / No. VECES** | | | **QUINCENAL** | **NUNCA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2-3** | **4-6** | **1** | **2-3** | **4-6** |
| Arroz, pasta |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Papa, plátano, arracacha, ñame |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pan, Arepa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tomate, zanahoria, ahuyama |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla, |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mango, Maracuyá, Papaya, Guayaba |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Banano, lulo, piña, naranja, |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leche sola |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yogurt, Kumis |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Queso |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne, Pollo, pescado |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Huevo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leguminosa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Embutidos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aceites, Mantequilla y Grasas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aguacate, coco |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Azúcar, panela |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dulces |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paquetes, Comidas Rápidas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gaseosas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |  |  |  |  |

FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.

**2.4.** **Cálculo de consumo aproximado calorías y nutrientes del niño o niña al ingreso del programa y recomendado.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NUTRIENTES** | **CONSUMO** | **RECOMENDADO** | **% ADECUACIÓN** |
| Líquidos |  |  |  |
| Calorías |  |  |  |
| Proteínas |  |  |  |
| Grasas |  |  |  |
| Carbohidratos |  |  |  |
| Calcio |  |  |  |
| Hierro |  |  |  |
| Vitamina A |  |  |  |

**3. ANTROPOMETRÍA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE** | **Fecha toma medidas antropométricas** | | | **Edad** | | **Control Prenatal (SI/NO)** | **Peso Kg** | **Talla  cm** | **Semanas de gestación** | **IMC** | **Clasificación nutricional** | **Edema en manos o pies** | **Signos de alarma (vómito abundante, dolor de cabeza, sangrado, dolor abdominal, contracciones, otros)** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Años** | **Meses** |
| **INGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. CONCEPTO VALORACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL**

Haga una interpretación sobre la alimentación y el estado nutricional encontrado, para definir las recomendaciones de alimentación y nutrición necesarias. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL**

**5.1. Cálculo de necesidades de calorías y nutrientes**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUTRIENTES** | **Total/día** |
| Calorías |  |
| Proteínas |  |
| Grasas |  |
| Carbohidratos |  |
| Calcio |  |
| Hierro |  |
| Vitamina A |  |
| Líquidos |  |

**5.2. Recomendaciones alimentarias**

*(mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida con la alimentación del hogar, alimentos priorizados para la mujer gestante)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. SEGUIMIENTO A LA ATENCIÓN

6.1. Seguimiento antropométrico

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE** | **Fecha toma medidas antropométricas** | | | **Edad** | | **Control Prenatal (SI/NO)** | **Peso Kg** | **Talla  cm** | **Semanas de gestación** | **IMC** | **Clasificación nutricional** | **Edema en manos o pies** | **Signos de alarma (vómito abundante, dolor de cabeza, sangrado, dolor abdominal, contracciones, otros)** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Años** | **Meses** |
| **INGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEGUIMIENTO MENSUAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6.2. Seguimiento al consumo del alimento de alto valor nutricional para la mujer gestante y ración familiar para preparar

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPORTE** | **Fecha** | | | **Atención Nutricional** | | | **Observaciones  (Registre la mejoría o no de la beneficiaria y si es necesario adelantar acciones adicionales)** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Recibe NUTRIGEST (SI / NO)** | **Nº de bolsas entregadas/mes** | **Recibe Ración familiar  (Si o No)** |
| **INGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEGUIMIENTO MENSUAL** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **EGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Nutricionista Dietista Firma, sello y tarjeta profesional