|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del usuario: | Tipo y número documento de identidad: |
| Nombre de madre, padre o acudiente:  | Tipo y número documento de identidad: |
| Dirección:  | Número telefónico:  |
| Regional  | Entidad Administradora de Servicio  |
| Clasificación nutricional (diligenciar previamente con datos reportados por el profesional en Nutrición) | Semana de gestación: |
| 1. **INGRESO**
 |
| **1.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE SALUD:** Al frente de cada atención, registre **SI (factores protectores), NO (factores de riesgo) O NA (no aplica)** |
| **NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES GESTANTES** |
| **ATENCIONES** | **FACTOR** | **ESTABLECIMIENTO COMPROMISOS**Establecer con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con NO, (Factores de riego) | **SEGUIMIENTO A COMPROMISOS**Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente los compromisos cumplidos, reportar la fecha en la cual se evidenció cumplimiento  |
| **FECHA** |
| 1. Cuentan con afiliación al SGSSS |  |  |  |
| 2. Cuenta con esquema de vacunación al día |  |  |  |
| 3. Cuenta con valoración y controles en salud oral |  |  |  |
| 4. Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia |  |  |  |
| 5. Mujer gestante: asiste a ccontroles prenatales |  |  |  |
| 6. Mujer gestante: cuenta con suministro de micronutrientes Hierro, Ácido fólico y calcio y los consume |  |  |  |
| 7. Mujer gestante: se ha realizado exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes |  |  |  |
| 8. Mujer gestante: reconoce las señales de peligro durante el embarazo |  |  |  |
| 9. Con su pareja tienen acordado método de planificación para después de que nazca la niña o niño |  |  |  |
| 10. Identifican signos de alarma de enfermedades prevalentes de la primera infancia (que ponen en peligro de muerte a niñas y niños) |  |  |  |
| 11. En niñas y menores de un mes se realizó valoración médica |  |  |  |
|  12. Las niñas y niños cuentan con controles de crecimiento y desarrollo |  |  |  |
| 13. La niña o niños recibe suplementación (vitamina A, Zinc, Hierro) |  |  |  |
| Presenta una patología asociada identificada por el SGSSS: SI \_\_ NO\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Recibe medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | EAPB: \_\_\_\_\_IPS: \_\_\_\_\_ |
| El usuario fue remitido a SGSSS SI \_\_ NO \_\_ Por qué:  |
| * 1. **Señales de peligro en la gestación (AIEPI) (Si la mujer gestante presenta alguna señal de peligro registre x**
 |
| Vómito continuo |  | Dolor de cabeza |  |
| Fiebre |  | Dolor en boca del estómago |  |
| Ardor al orinar |  | Sangrado |  |
| Cara, manos o pies hinchados |  | Disminución de los movimientos fetales |  |
| **2 SEGUIMIENTO REMISIÓN SGSSS****Diligenciar si durante la atención en la modalidad el usuario es remitido a atención a Salud** |
| Fecha de remisión DD/MM/AA | Entidad de Salud a la cual fue remitido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fue atendido SI \_\_ NO \_\_ | Fecha en que fue atendido DD/MM/AA |
| Motivo de remisión | Requirió hospitalización SI \_\_\_ NO \_\_\_Fecha de ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de egreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Falleció durante el proceso de atención en salud SI \_\_ NO \_\_\_ Razón del fallecimiento  |
| Seguimiento a la atención en salud  |
| Nombre auxiliar de enfermería  | Firma auxiliar de enfermería |
| Fecha de remisión DD/MM/AA | Entidad de Salud a la cual fue remitido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | El usuario fue atendido SI \_\_ NO \_\_ | Fecha en que fue atendido DD/MM/AA |
| Motivo de remisión | Requirió hospitalización SI \_\_\_ NO \_\_\_Fecha de ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de egreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Falleció durante el proceso de atención en salud SI \_\_ NO \_\_\_ Razón del fallecimiento  |
| Seguimiento a la atención en salud   |
| Nombre auxiliar de enfermería  | Firma auxiliar de enfermería |

**Si el usuario es remitido más de dos oportunidades, imprimir los formatos requeridos**

|  |
| --- |
| **3. SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD DE LA NIÑA O NIÑO**  |
| Fecha de orientación domiciliaria DD/MM/AA | Dirección de la orientación domiciliaria  |
| **REPORTE** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **Patología****asociada identificada por el SGSSS** | **Recibe medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología** |  | **Suplementación**  | **Desparasitación en mayores 12 meses SI / NO** | **Vacunación completa de acuerdo a la edad SI / NO** | **Asiste a Crecimiento y Desarrollo SI / NO** | **Signos de peligro (AIEPI) (Señale con una x)** | **Signos de desnutrición** |
| **Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia** |
| **Día**  | **Mes**  | **Año** | **Vitamina A**  | **Zinc** | **Hierro** | **Vómito** | **Diarrea** | **No se mueve normalmente** | **Orina poco** | **Respiración rápida y agitada y con ruidos** | **Heces con sangre y moco** | **Boca seca** | **No come / No mama** | **Edema** | **Marasmo** |
| **SEGUIMIENTO MENSUAL** |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD MUJER GESTANTE** |
| **REPORTE** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **Patología****asociada identificada por el SGSSS** | **Recibe Medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología** |  | **Suplementación**  | **Control Prenatal SI / NO** | **Vacunación completa SI -NO** | **Exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes SI / NO** | **Valoración salud oral** | **Acuerdo de método de****planificación** | **Embarazo de alto riesgo** | **Señales de peligro (AIEPI) (Señale con x)** |
| **Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia** |
| **Día**  | **Mes**  | **Año** | **Hierro**  | **Ácido fólico** | **Calcio** |  |  |  | **Vomito continuo** | **dolor de cabeza** | **Fiebre** | **Dolor en boca del estómago** | **Ardor al orinar** | **Sangrado** | **Cara, manos y/o pies hinchados** | **Disminución de los movimientos fetales** |
| **SEGUIMIENTO** |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGRESO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. ORIENTACIÓN DOMICILIARIA –SALUD** |
| Fecha de orientación domiciliaria: | Dirección de la orientación domiciliaria  |
| **4.1 Establecimiento de nuevos compromisos por presentarse nuevos factores de riesgo o por no mantenimiento de un compromiso cumplido** |
| **FECHA DE ACUERDO NUEVO COMPROMISO** | **REGISTRAR UNA X EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA** | **NUEVO COMPROMISO**  | **SEGUIMIENTO A COMPROMISOS**Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente los compromisos cumplidos, reportar la fecha en la cual se evidenció cumplimiento |
| Compromiso cumplido que no se mantuvo | Compromiso por nuevo factor de riesgo |
| **FECHA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4.3 SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS** |
| **FECHA DD/MM/AA**  | **TEMA ABORDADO** | **SEGUIMIENTO** | **NOMBRE DE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE****(EN CASO DE NIÑA O NIÑO- NOMBRE Y HUELLA)** |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Nombre auxiliar de enfermería | Firma auxiliar de enfermería |