

Código Departamento

Código de Municipio

Código del Medico

Código de IPS

COMPONENTE D: ENTREVISTA DE SALIDA A LA MADRE O ACOMPAÑANTE

Fecha de elaboración: Octubre de 2016

Instrucciones para el supervisor: Para llenar este formulario se debe pedir a la madre, a la salida del consultorio, si puede dar unos 15 minutos de su tiempo para recoger información acerca de la consulta de su hijo/a (firmar el formato de consentimiento). Se recomienda que se reúna con la madre/acompañante en un espacio privado para asegurar la confidencialidad que deberá ser identificado con anterioridad. Es importante informar a la madre el objetivo de la supervisión e indicarle que su contribución será utilizada para mejorar la atención del menor de 5 años en Colombia. Al final de la entrevista agradecerle por su tiempo.

1. Fecha de la supervisión

Día	Mes	Año

2. Registro civil del niño/a

3. Código del supervisor

4. Servicio donde recibió atención el niño/a

4.1 Consulta externa

☐

4.2 Urgencias

☐

4.3 Otro

☐

Especifique _____

Instrucciones: Haga las siguientes preguntas al acompañante del niño/a y marque (✓) la respuesta que corresponda. Cuando sea necesario diligencie observaciones/ comentarios y complete los indicadores al final de cada sección.

5. Es la primera vez que trae al niño/a a este servicio de salud?

SI (1)

☐

NO (2)

☐

No Sabe (9)

☐

6. Cuál fue el motivo de traerlo a consulta el día de hoy?

7. Le dijeron que el niño/a tiene algún problema o enfermedad?

SI (1)

☐

➔ **Pase a pregunta.7.1**

NO (2)

☐

➔ **Pase a pregunta 8**

Es niño/a sano (3)

☐

➔ **Pase a pregunta 11**

No Sabe (9)

☐

7.1 Si "SI", podría indicarme que problema(s)/ enfermedad(es) le dijeron que tiene el niño/a?	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

8. Prescripción de medicamentos		SI	NO	NA
8.1	Le formularon algún medicamento?			

Si **no le formularon** ningún medicamento, **pase a la PREGUNTA 11**

Si **le formularon algún medicamento** complete la tabla anotando cada uno de los medicamentos anotados, cuando termine pídale la prescripción y compare la respuesta de la madre o acompañante con la prescripción médica y anote en la casilla 8.6 si fue correcto o no.

8.2 Liste los medicamentos formulados	8.3 Pregunte: Podría decirme la dosis/ cuánto debe darle en cada toma?	8.4 Pregunte: Podría decirme cuántas veces al día debe darle el medicamento?	8.5 Pregunte: Podría decirme la duración del tratamiento, hasta cuándo debe tomarlo?	8.6 Todas correctas		
				SI	NO	NO LE DIJERON
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

9. Que debe hacer para el cuidado del niño/a en casa? Seleccione todas las acciones que le parezcan importantes en el cuidado del niño/a enfermo/a. (Marque (✓) frente a la respuesta del acompañante. No induzca la respuesta, sólo pregunte al final ¿algo más?)		COMENTARIOS
9	No sabe	
1	Continuar alimentando al niño/a	
2	Continuar con lactancia materna	
3	Dar la misma cantidad o más líquidos al niño/a	

4	Administrar los medicamentos, SRO u otros prescritos por el profesional de salud			
5	Volver al servicio de salud si el niño/a no mejora o empeora			
6	El niño está sano			
7	Otros (especifique)			
10. Le explicaron los signos o señales que le indican que debe volver de inmediato al servicio de salud porque el niño empeora? Mencione todos los signos que recuerda. <i>(Marque (✓) frente a la respuesta del acompañante y luego complete el indicador. No induzca la respuesta, sólo pregunte ¿algo más?)</i>			COMENTARIOS	
1	No sabe	6	Presenta convulsiones	
2	Empieza a presenta fiebre o no mejora la fiebre	7	El niño/a presenta respiración rápida o dificultad para respirar	
3	No puede comer	8	No puede beber	
4	La diarrea continua	9	Sangre en las heces	
5	Presenta vómito o no mejora	10	El niño está sano	
		11	Otros (especifique)	
11. Cuándo le indicaron para que vuelva al servicio de salud para seguimiento? <i>(Marque (✓) la respuesta del acompañante. Compare la respuesta con el formulario B1- sección "Comunicación")</i>			COMENTARIOS	
1	Cuando note que el niño/a empeora			
2	2 días			
3	5 días			
4	14 días			
5	30 días			
6	Otros (especifique)			
9	No sabe			
12. Qué enfermedades se previenen por la vacunación de los niños? Mencione todas las enfermedades que conozca que sean inmunoprevenibles. <i>(Marque (✓) la respuesta del acompañante. No induzca la respuesta, sólo pregunte ¿algo más?)</i>			COMENTARIOS	
1	Tuberculosis	10	Sarampión	
2	Difteria	11	Hepatitis B	
3	Tosferina	12	Rubeola	
4	Sarampión	13	Tétanos	
5	Poliomielitis	14	Paperas	
6	Meningitis	15	Fiebre amarilla	
7	Enfermedades respiratorias/ neumonías	16	Otros (especifique)	
8	Rotavirus/ diarrea	9	No sabe	
13. Conoce algún efecto secundario que pueda presentarse después de la vacunación? Mencione todos los efectos que le vengán a la mente. <i>(Marque (✓) en todas las respuestas del acompañante. No induzca la respuesta, sólo pregunte ¿algo más?)</i>			COMENTARIOS	
1	Fiebre	4	Tumefacción en el lugar de la	

			aplicación de la vacuna		
2	Irritabilidad	9	No Sabe		
3	Dolor en el lugar de la aplicación de la vacuna	5	Otros <i>especifique</i>)		

14. Le revisaron el carnet de vacunación?

SI

☐

NO

☐

15. Qué le dijo el profesional de salud en relación al estado de vacunación del niño/a? (Marque (✓) en todas las respuestas del acompañante. No induzca la respuesta, sólo pregunte ¿algo más?)				COMENTARIOS
9	No sabe			
1	Que no requiere de más vacuna	3	Que debe regresar para vacunación otro día (me dieron la fecha)	
2	Lo vacunaron hoy	4	Otros (<i>especifique</i>)	

16. Cómo le parece la atención que le dieron el día de hoy? <i>Encuestador: Lea las opciones (Marque la respuesta)</i>	1	Excelente	} Pase a pregunta 17
	2	Buena	
	3	Regular	} Pase a pregunta 16.1
	4	Mala	
	9	No Sabe	

16.1 Podría darme 3 motivos por los que calificó la atención de la consulta del día de hoy como “Regular o mala”?	1.	
	2.	
	3.	

17. Podría indicarme 3 recomendaciones que según su opinión mejorarían la atención de los niños en esta institución?	1.	
	2.	
	3.	

18. En comparación con otras consultas (en esta u otro servicio de salud, ¿Cómo valoraría la consulta del día de hoy? <i>Encuestador: Lea las opciones. (Marque la respuesta del acompañante)</i>	1	Mejor ➡ Pase a pregunta 18.1
	2	Igual ➡ Pase a pregunta 19
	3	Peor ➡ Pase a pregunta 18.1
	9	No sabe

18. 1 Podría darme 3 motivos por los cuales considera que la atención le día de hoy fue “Mejor” o “Peor” que en veces anteriores?	1.	
	2.	
	3.	

19. Le dieron alguna recomendación sobre la alimentación?	1	Si ➡ <i>Pase a pregunta 20.1</i>
	2	No
	9	No sabe

19. 1 Podría indicarme 3 recomendaciones sobre la alimentación del niño/a que le fueron dadas el día de hoy?	1.
	2.
	3.

20. El tiempo que dedicó el personal de salud que atendió a su niño/a? Quedó Muy satisfecha?; satisfecha?; insatisfecha? O muy insatisfecha?	1	Muy satisfecha
	2	Satisfecha
	3	Insatisfecha
	4	Muy insatisfecha
	9	No sabe

21. Cómo se **SINTIÓ** en la consulta? *(Escriba la respuesta en el espacio correspondiente)*

22. Cómo sintió el trato del profesional de salud que atendió al niño/a en la consulta? Utilizó palabras que usted entendió? *(Escriba la respuesta en el espacio correspondiente)*

23. Pregunte a la madre/ acompañante si tiene cualquier otro comentario que no haya sido mencionado en la entrevista y que sienta que es importante compartir en este momento?

SI ☐ NO ☐

23.1 Si la madre/ acompañante tiene algún comentario adicional, anótelos en este espacio (no es un espacio de llenado obligatorio).

Comentarios del supervisor. Si hay algún comentario que considere pertinente a la entrevista de salida, anótelos en este espacio.