

Código Departamento

Código de Municipio

Código del Medico

Código de IPS

COMPONENTE B2: ATENCIÓN DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

Fecha de elaboración: Octubre de 2016

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL OBSEVADOR: Indique al profesional de salud que estará presente durante la consulta del lactante menor de 2 meses de edad y que observará la misma utilizando los criterios establecidos en el AIEPI. No va a interrumpir la consulta, pero estará haciendo anotaciones en el formulario de seguimiento. Pídale al profesional de salud que explique todos los procedimientos que realiza en voz alta para facilitar el seguimiento de la consulta. Explique al acompañante lo que hará en la consulta. Es importante que antes de iniciar la consulta lea el **Consentimiento informado** que deberá ser firmado por el profesional de salud como por la madre/ acompañante del niño/a que llega a consulta.

Una vez finalizada la consulta comparta sus comentarios y observaciones con el profesional de salud.

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PROFESIONAL OBSERVADO Y CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA

1. Fecha de la supervisión :

Día	Mes	Año

2. Código del supervisor

1.

3. Código del profesional observado

4. Sexo

M

F

5. Edad

6. Tipo de profesional de salud

6.1 Pediatra

☐

6.2 Médico general

☐

6.3 Enfermera

☐

6.4 Otros (especifique)

☐

7. Duración de la consulta

7.1 Hora de inicio de la consulta

7.2 Hora de finalización de la consulta

7.3 Duración (en minutos)

--	--	--

8. Edad del niño/a atendido en la consulta _____ meses

8.1 Sexo del niño/a

M

F

9. Registro civil niño/a atendido

B. EJECUCIÓN Y REGISTRO DE LA ATENCIÓN BÁSICA DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL OBSERVADOR: En esta sección observe si el profesional de salud completa la información del encabezado de la Historia clínica- la identificación del lactante que está siendo atendido. Se considera que "preguntó" si el sistema da los datos del lactante y familiar/ acompañante automáticamente. Marque con (✓) "SI" o "NO". Si tiene comentarios puede anotarlos al final de esta primera sección.

10. El profesional de salud pregunta y anota la siguiente INFORMACIÓN GENERAL sobre el lactante		SI	NO
10.1	Anota el nombre del niño/a <i>(puede ser dado por el sistema)</i>		
10.2	Anota el parentesco del acompañante (y nombre) <i>(puede ser dado por el sistema)</i>		
10.3	Anota la dirección <i>(puede ser dado por el sistema)</i>		
10.4	Pregunta y anota el motivo de consulta		
10.5	Anota la edad del niño/a		
10.6	Pregunta y anota los antecedentes "Patológicos" importantes , antecedentes obstétricos y de recién nacido <i>(considere (SI) si el profesional pregunta 2/3 antecedentes)</i>		
Número total de "SI" y "NO"			
11. El profesional toma las siguientes MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y SIGNOS VITALES		SI	NO
<i>Instrucciones: Es importante identificar quién toma las medidas antropométricas y signos vitales. Caso sea alguien diferente al que atiende la consulta se debe hacer la observación de la toma y pasar luego a la consulta.</i>			
11.1	Pesa al niño/a empleando la técnica adecuada (calibra la balanza, ropa escasa, posiciona bien al menor)		
11.2	Toma la talla/ longitud del niño/a empleando la técnica adecuada (5 puntos de apoyo, sin zapatos ni adornos en la cabeza, verifica posición de pies)		
11.3	Toma correctamente y anota el Perímetro craneano (PC)		
11.4	Toma y anota la Frecuencia cardíaca		
11.5	Toma correctamente y anota la Frecuencia respiratoria		
11.6	Toma correctamente y anota la temperatura		
Número total de "SI" y "NO"			

Comentarios del supervisor:

C. EVALUACIÓN DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL SUPERVISOR: En esta sección observe si el profesional de salud evalúa al lactante siguiendo las directrices del AIEPI. NO interfiera en la consulta y complete el cuestionario, marcando con (✓) en la columna SI, si cada signo/ síntoma fue evaluado correctamente o, en la columna NO si no fue evaluado o fue evaluado incorrectamente. Marque en la columna NA si el signo/síntoma no aplica para la situación observada. Cuando el NA está sombreado es que no existe la opción de marcar NA, es un campo de llenado obligatorio- solo puede anotar SI o NO.

12. Observe si el profesional evalúa los signos de infección local o enfermedad muy grave		SI	NO	NA	COMENTARIOS
12.1	Pregunta si el niño/a puede tomar el pecho				
12.2	Pregunta si ha tenido vómito				
12.3	Pregunta si tiene dificultad para respirar				
12.4	Pregunta si ha lo ha sentido más caliente o frío de lo normal				
12.6	Pregunta si ha tenido convulsiones				
12.7	Pregunta cuantos pañales ha orinado en las últimas 24 horas				
12.8	Verifica el estado de conciencia del niño/a (para evaluar si está quieto, letárgico o inconciente)				
12.9	Evalúa tiraje subcostal, aleteo nasal y apnea (observa respiración del niño/a- el tórax)				
12.10	Ausulta al niño/a (para identificar estridor, sibilancias)				
12.11	Verifica si tiene la fontanela abombada				
12.12	Verifica la piel (para identificar cianosis, ictericia, pústulas o vesículas en la piel, equimosis, petequias o hemorragia)				
12.13	Verifica si tiene secreción purulenta de ombligo, ojos u oídos				
12.14	Verifica si presenta distensión abdominal				
12.15	Evalúa la boca del niño/a				
Total					

Instrucciones: El PS debe completar las preguntas y realizar el examen físico correspondiente. Marque observando lo que hace el PS. Para TODOS los lactantes el PS debe realizar todas las actividades listadas (total 15).

13. Diarrea?		SI	NO	NA	COMENTARIOS
13.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a tiene diarrea				 Si NO tiene DIARREA, pase a sección 14.
	13.1.1. El acompañante responde si el niño/a tiene diarrea. Marque (✓) en SI si el niño/a tiene diarrea y NO si no tiene diarrea.				
13.2	Pregunta sobre la duración de la diarrea				
13.3	Pregunta si hay sangre en las heces				
13.4	Observa el estado de conciencia del niño (letárgico, o inconsciente; alerta/ irritable o intranquilo)				
13.5	Evalúa los ojos del niño/a (normales o hundidos)				
13.6	Evalúa el pliegue cutáneo (recupera inmediatamente, lentamente (<2 segundo) o muy lentamente (> 2 segundo)				
TOTAL					

Instrucciones: El PS pregunta si el niño/a tiene DIARREA. Marque (✓) bajo la columna “SI” enfrente de la variable 13.1 si pregunta, o “NO” si no pregunta. Si el acompañante dice que **NO tiene DIARREA**, marque (✓) en enfrente de la variable 13.1.1 (“NO”). El PS debe anotar “NO” en la historia clínica y continuar con la pregunta 14. Esto es considerado una evaluación correcta. Si el niño/a **tiene DIARREA**, el PS debe completar las demás preguntas y realizar el examen físico correspondiente. Marque observando lo que hace el PS. El número de respuestas SI varía de la condición clínica del niño/a. Para TODOS los lactantes con diarrea el PS debe realizar todas las actividades listadas (total 6). Se considera una evaluación correcta si logra el 80% ($\geq 5/6$) o el PS preguntó y el niño/a no tiene diarrea. Marque (✓) en la casilla “Evaluación correcta” o “incorrecta” en la columna de la derecha de acuerdo al total de “SI” obtenidos. La respuesta de la pregunta 13.1.1 no debe ser sumada (marcada en el área sombreada)

14. Observe si el profesional evalúa el crecimiento y las prácticas de alimentación		SI	NO	NA	COMENTARIOS
14.1	El profesional de salud pregunta si tiene alguna dificultad para alimentar al niño/a				
14.2	Pregunta si ha dejado de comer y desde cuándo				
14.3	Pregunta si se alimenta con leche materna				
	14.3.1 Si la respuesta de 14.3 es "SI" El PS pregunta si le ofrece leche materna en forma exclusiva y cuantas veces en 24 horas				
14.4	Pregunta si recibe otra leche, otro alimento o bebida				
	14.4.1 Si la respuesta de 14.3 es "SI" El PS pregunta cuales y con qué frecuencia y como los prepara				
14.5	El PS observa y determina el peso para la edad.				
14.6	El PS observa y determina el peso para la talla.				
14.7	Evalúa el amamantamiento				
14.8	Pregunta si ha tomado pecho la hora anterior				
TOTAL					
15. Evalúa el desarrollo del niño/a		SI	NO	NA	COMENTARIOS
15.1	El profesional de salud pregunta cómo fue el embarazo y cuánto tiempo duro				
15.2	Pregunta cómo fue el parto				
15.3	Pregunta cuánto pesó al nacer y si presentó algún problema después del nacimiento				
15.4	Pregunta si el niño/a ha presentado algún problema serio de salud más serio hasta el día de hoy				
15.5	Explora si existe parentesco entre padres				
15.6	Pregunta si hay antecedentes de problemas mentales/ físicos en la familia				
15.7	Pregunta quién cuida al niño/a				
15.8	Pregunta cómo ve el desarrollo de su hijo				
15.9	Determina la edad del niño/a				
	15.9.1 Menor de 1 mes				
	15.10.1.1 Evalúa correctamente reflejo Moro				
	15.10.1.2 Evalúa correctamente reflejo Córleo-palpebral				
	15.10.1.3 Evalúa correctamente reflejo de succión				
	15.10.1.4 Evalúa correctamente brazos y piernas flexionadas				
	15.10.1.5 Evalúa correctamente manos cerradas				
	15.9.2 Un mes a menos de 2 meses				
	15.10.2.1 Evalúa correctamente movimiento de piernas alternado				
	15.10.2.1 Evalúa correctamente si el niño/a vocaliza				
	15.10.2.2 Evalúa correctamente sonrisa social				
	15.10.2.3 Evalúa correctamente si el niño/a sigue objetos en la línea media				
15.10	Determina el perímetro cefálico para la edad y tendencia				
TOTAL					

16. Posibilidades de maltrato		SI	NO	NA	COMENTARIOS
16.1	El profesional de salud verifica si hay criterios de maltrato físico/ grave (ejemplos: lesiones de cráneo, quemaduras, presencia de equimosis, hematomas, laceraciones de piel, mordiscos o cicatrices; fracturas (huesos largos, costillas, fracturas espirales u oblicuas, del esternón o escapula) y cualquier lesión cutánea grave, lesiones esqueléticas o traumas viscerales).				
16.2	Verifica si hay criterios de abuso sexual (o sospecha) (ejemplos: lesiones en el área genitoanal como sangrado, secreciones genitales, vaginales, uretrales o distintas lesiones graves en esta área en distintos estadios evolutivos)				
16.3	Verifica si hay maltrato emocional (ejemplos: menosprecio al niño, ridiculizando, criticarlo o humillarlo en público. Patrones de crianza inadecuados, es decir normas y pautas de crianza contradictorias)				
16.4	Verifica si hay maltrato por negligencia y/o abandono (Ejemplos: consultas tardías por causas importantes, vacunación incompleta o inexistente; ausencia o incumplimiento a los controles de crecimiento y desarrollo; tratamiento o rehabilitación ausente o incompleta para enfermedades crónicas o que lo ameriten; desnutrición moderada o severa primaria u obesidad primaria significativa. También es importante identificar si el niño/a está descuidado (descuido en la higiene o presentación personal; calidad del vestuario; estado de suciedad; desaseo, maloliente; uñas y cabellos descuidados; pediculosis; mala higiene bucal o caries, entre otras)				
TOTAL					

17. VERIFICA ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN		SI	NO	NA	COMENTARIOS
17.1	El profesional de salud pide el carnet de vacunación a la madre/acompañante y verifica el estado de vacunación del niño/a				En comentarios anote si el profesional de salud registró todas las vacunas aplicadas a la fecha y cualquier comentario relevante)
17.2	El profesional indica a la madre/acompañante que el niño/a requiere de una vacuna el día de la consulta y menciona la vacuna				
	17.2.1 Si hay indicación de una vacuna, especifique cual				
17.3	El profesional de salud indica a la madre que el niño/a la fecha en que debe volver para la siguiente vacuna y menciona la vacuna que le será aplicada				Especifique:
TOTAL					

18. POSIBILIDAD DE EPILEPSIA (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
18.1	El profesional pregunta si el niño/a ha tenido episodios de pérdida de conocimiento, momentos de desconexión con la realidad, incapacidad para responder, convulsiones o sacudidas involuntarias de brazos o piernas				Si NO tiene posibilidad de EPILEPSIA, pase a sección 19.
	18.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a NO tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO. Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en "SI".				
18.2	El profesional de salud evalúa la posibilidad de epilepsia si la				

	respuesta fue afirmativa				
TOTAL					

19. POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
19.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a ha tenido contacto con un enfermo de tuberculosis, presenta tos de más de 21 días, fiebre persistente por más de 14 días, pérdida o no ganancia de peso en los últimos 3 meses y presencia de adenopatía mayor de 2x2 cm por más de 4 semanas.				Si NO tiene posibilidad de TUBERCULOSIS, pase a sección 20.
	19.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a NO tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en “SI” .				
19.2	Si la respuesta es afirmativa, el profesional de salud evalúa la posibilidad de tuberculosis				
TOTAL					

20. POSIBILIDAD DE CANCER (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
20.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a ha tenido fiebre/ sudoración por más de 7 días				<u>Evaluación:</u>
20.2	Pregunta si ha presentado dolor de cabeza que ha ido en aumento, si lo despierta de noche, si se acompaña de vómito				
20.3	Pregunta si presenta dolor de huesos en el último mes				
20.4	Pregunta si ha presentado pérdida de apetito, peso o fatiga en los últimos 3 meses				
20.5	Evalúa la piel del niño/a (<i>petequias, equimosis, sangrado</i>)				
20.6	Observa los ojos (<i>por palidez, anormalidades</i>)				
20.7	Evalúa los ganglios (<i>tamaño, consistencia, dolor, duración</i>)				
20.8	Evalúa presencia de signos/ síntomas neurológicos focales, de aparición aguda y/o progresiva				
20.9	Pregunta si tiene alteración de la visión (<i>borrosa, doble, ceguera súbita</i>)				
20.10	Palpa el abdomen (<i>identificar posible masas, hepatomegalia, esplenomegalia</i>)				
20.11	Explora el cuerpo para identificar posibles masas				
TOTAL					

21. POSIBILIDAD DE VIH/SIDA (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
21.1	El profesional de salud pregunta si la madre del niño/a es VIH positiva o tiene un familiar con VIH				Si NO tiene posibilidad de VIH/SIDA pase a sección 22.
	21.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a NO tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en “SI” .				
21.2	Verifica las clasificaciones de la historia clínica integral e				

	identifica sospecha de VIH si el niño/a tiene una o más de las siguientes clasificaciones (<i>Neumonía/ UCI; más de 2 neumonías por año, TB, diarrea persistente, Enf. febril grave (infección bacteriana severa), otitis media crónica o media recurrente, desnutrición/ severa, candidiasis orofaríngea persistente, estomatitis por herpes simple recurrente</i>)				
21.3	Si existe sospecha de VIH, solicita pruebas serológicas y de anticuerpos				
TOTAL					

22. RIESGO DE DIABETES MELLITUS (OPCIONAL)		SI	NO	NA	COMENTARIOS
22.1	El profesional de salud pregunta si el niño/a orina mucho (poliuria) o toma mucho líquido (polidipsia)				Si NO tiene riesgo de DIABETES, pase a sección 23.
	22.1.1. Si el acompañante responde que el niño/a NO tiene ninguno de los síntomas mencionado, marque (✓) en NO . Si alguno de estos síntomas está presente (identificado por el acompañante) marque (✓) en “SI” .				
22.2	Si la respuesta es afirmativa el profesional de salud evalúa el riesgo de diabetes mellitus.				
TOTAL					

D. CLASIFICACIÓN DEL LACTANTE (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL OBSERVADOR: En esta sección marque (✓) la (s) clasificación (es) del profesional de salud. Marque (✓) en las casilla correspondiente a clasificación correcta o incorrecta de la columna de la derecha. Para definir si la clasificación fue correcta o no utilice los signos/ síntomas identificados por el profesional de salud y el cuadro de procedimientos. Si tiene dudas acerca de una clasificación pregunte al profesional de salud que le explique lo que lo/a llevó a esa clasificación- al final de la consulta.

23. SIGNOS INFECCION LOCAL O ENFERMEDAD MUY GRAVE	SI	NO	Observaciones
23.1 Tiene enfermedad muy grave			
23.2 Tiene infección local			
23.3 NO tiene enfermedad grave o infección local			

24. DIARREA	SI	NO	Observaciones
32.0 TIENE DIARREA?			
32.1 CLASIFICA ESTADO DE HIDRATACION?			
32.1.1 Tiene deshidratación			
32.1.2 No tiene deshidratación			
32.2 TIENE DIARREA HACE 7 DIAS O MAS?			
32.2.1 Diarrea prolongada			
32.3 HAY SANGRE EN HECES?			
32.3.1 Diarrea con sangre			

25. CRECIMIENTO Y PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN		SI	NO	Observaciones
25.0	Tiene peso muy bajo			
25.1	Tiene problemas severo de alimentación			
25.2	Tiene peso bajo o en riesgo			
25.3	Tiene problemas de alimentación			
25.4	Son adecuadas las prácticas de alimentación y tiene un peso adecuado			

26. DESARROLLO DEL NIÑO/A		SI	NO	Observaciones
26.1	Tiene probable retraso del desarrollo			
26.2	Tiene riesgo de problema del desarrollo			
26.3	Tiene desarrollo normal con factores de riesgo			
26.4	Desarrollo normal			

27. POSIBILIDAD DE MALTRATO		SI	NO	Observaciones
27.1	Maltrato físico muy grave			
27.2	Abuso sexual			
27.3	Maltrato físico			
27.4	Sospecha de abuso sexual			
27.5	Maltrato emocional, negligencia o abandono			
27.6	No hay sospecha de maltrato			

28. POSIBILIDAD DE EPILEPSIA (OPCIONAL)		SI	NO	Observaciones
28.0	TIENE POSIBILIDAD DE EPILEPSIA?			
28.1	Estado epiléptico			
28.2	Problema neurológico grave			
28.3	Epilepsia con crisis generalizada			
28.4	Epilepsia con crisis focal			
28.5	Epilepsia con crisis de ausencia			
28.6	No tiene epilepsia			

29. POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS (OPCIONAL)		SI	NO	Observaciones
29.0	TIENE POSIBILIDAD DE TUBERCULOSIS?			
29.1	Sospecha de tuberculosis grave			
29.2	Tuberculosis confirmada			
29.3	Tuberculosis clínica			
29.4	Tuberculosis latente			
29.5	Contacto con tuberculosis			

30. POSIBILIDAD DE CÁNCER (OPCIONAL)		SI	NO	Observaciones
30.0	TIENE POSIBILIDAD DE CÁNCER?			
30.1	Posible cáncer o enfermedad muy grave			
30.2	Algún riesgo de cáncer			
30.3	Poca probabilidad de cáncer			

31. POSIBILIDAD DE VIH/SIDA (OPCIONAL)		SI	NO	Observaciones
31.0	TIENE POSIBILIDAD DE VIH/SIDA?			
31.1	Infección VIH sintomática confirmada			
31.2	Infección VIH confirmada			
31.3	Sospecha de infección VIH sintomática			
31.4	Posible VIH/ expuesto al VIH			
31.5	Infección sintomática VIH improbable			
31.6	Infección VIH descartada			

32. RIESGO DE DIABETES MELLITUS (OPCIONAL)		SI	NO	Observaciones
32.0	TIENE RIESGO DE DIABETES MELLITUS?			
32.1	Cetosis/ cetoacidosis diabética			
32.2	Diabetes Mellitus			
32.3	Posible Diabetes mellitus			
	Post glicemia postcarga- se debe clasificar como:			
32.4	Diabetes Mellitus			
32.5	Intolerancia a la glucosa			
32.6	No tiene diabetes Mellitus			

E. TRATAR EL LACTANTE MENOR DE EDAD (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL SUPERVISOR Anote la(s) clasificación(es) que el profesional identificó (puede anotar la clasificación y al lado el CIE-10) y anote el tratamiento (prescripción) hecha por el profesional de salud (el medicamento, la dosis y la frecuencia y duración del tratamiento). Al terminar la consulta verifique, utilizando el cuadro de procedimientos, si el tratamiento indicado por el profesional de salud es correcto o no, marcando (✓) en la columna derecha- si es CORRECTO o INCORRECTO.

Las clasificaciones “INCORRECTAS” conllevan a un tratamiento “INCORRECTO”. Anote la prescripción pero para fines de evaluación el tratamiento, considere que es “Incorrecto” pese a coincidir con lo que el cuadro de procedimientos aconseja.

Es posible que un profesional de salud identifique otro tratamiento/ alternativo y válido. Anote el tratamiento prescrito y deje la casilla de “Tratamiento correcto o incorrecto” abierta.

33. ¿El profesional de salud indica **REFERENCIA URGENTE**?

SI ☐

NO ☐

➔ Pase a PREGUNTA
34

33.1 ¿La madre/ acompañante **ACEPTA LA
REFERENCIA** del niño/a?

SI ☐

NO ☐

➔ Pase a PREGUNTA
33.2

33.2 ¿El profesional de salud **ADMINISTRA EL TRATAMIENTO DE PRE/REFERENCIA** al niño/a de acuerdo a su clasificación?

SI

☐

NO

☐

Si el niño tiene una condición grave que amerita una referencia de urgencia, complete el tratamiento prescrito y administrado por el profesional de salud (pre/referencia) en la siguiente tabla. En este caso la observación de la consulta se termina en este momento. Dependiendo del caso, el supervisor puede suspender la supervisión ya que prima el bienestar del niño/a.

34. ¿Al niño/a le prescribieron algún medicamento?

SI

☐

NO

☐

➔ Pase a Apartado F

35. Clasificación: (SIGNOS INFECCION LOCAL O ENFERMEDAD MUY GRAVE)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
					Tratamiento: ☐ Correcto ☐ Incorrecto ☐
36. Clasificación: (DIARREA)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
					Tratamiento: ☐ Correcto ☐ Incorrecto ☐
37. Clasificación: (CRECIMIENTO Y PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
					Tratamiento: ☐ Correcto ☐ Incorrecto ☐
38. Clasificación (1): (DESARROLLO DEL NIÑO/A)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					
					Tratamiento: ☐ Correcto ☐ Incorrecto ☐

39. Clasificación: (POSIBILIDAD DE MALTRATO)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐
40. Clasificación: (OPCIONAL)					Observaciones del supervisor:
Nr	Medicamento	Dosis	Frecuencia x día	Duración	
1.					
2.					
3.					Tratamiento: Correcto ☐ Incorrecto ☐

F. COMUNICACIÓN CON LA MADRE/ ACOMPAÑANTE DEL NIÑO/A (AIEPI)

INSTRUCCIONES GENERALES PARA EL SUPERVISOR Observe la comunicación del profesional de salud con la madre/acompañante y complete esta sección. Marque (✓) en "NA " en las variables que solo se deben llenar en ciertas circunstancias (caso que el niño/a no las presente). Marque (✓) en "NO "si el profesional de salud no realizó las instrucciones sugeridas por el AIEPI.

El profesional de salud le explica a la madre/acompañante los **SIGNOS DE ALARMA PARA REGRESAR DE INMEDIATO** al servicio de salud

41. CUALQUIER niño/a (SANO Y ENFERMO)		SI	NO	NA
41.1	No puede beber ni tomar del pecho			
41.2	Vomita persistente			
41.3	Empeora o no se ve bien			
41.4	Aparece fiebre o hipotermia			
41.5	Aparece ictericia o cianosis			
41.6	Dificultad para respirar			
41.7	Sangre en las heces			
TOTAL				
42. Aconsejar a la madre/ acompañante (HABILIDADES DE COMUNICACIÓN) (NIÑO/A ENFERMO Y SANO)		SI	NO	NA
42.1	El profesional de salud realiza preguntas abiertas, especialmente para verificar la comprensión de tratamiento e instrucciones			
42.2	El profesional de salud elogia a la madre/acompañante y reconoce lo que hace bien			
42.3	Enseña a la madre/ acompañante a cuidar al niño/a en casa y medidas preventivas según el caso			
42.4	Indica a la madre/acompañante que continúe con lactancia materna			
TOTAL				

43. Indica a la madre/acompañante CUÁNDO volver al servicio de salud para SEGUIMIENTO		SI	NO	
43.1	VOLVER EN 2 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: Sospecha de abuso sexual			
43.2	VOLVER EN 2 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: - Infección local - Diarrea - Problema de alimentación o peso bajo			
43.3	VOLVER EN 7 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: Problema del desarrollo			
43.4	VOLVER EN 14 DÍAS , caso el niño/a tenga las siguientes clasificaciones: - Desnutrición - Maltrato físico - Sospecha de abuso sexual - Maltrato por negligencia o abandono - Epilepsia con crisis generalizada - Epilepsia con crisis focal - Epilepsia con crisis de ausencia			
TOTAL				
44. Hace la referencia/ interconsulta con otra especialidad		SI	NO	NA
44.1	Requiere de interconsulta con otro servicio/ especialidad (pase al final del formulario)			
44.3	<u>Consulta de pediatría</u> y nutrición (desnutrición)			
44.4	Informar al <u>sistema de protección</u> y solicitar evaluación por <u>psicología</u> (maltrato físico, sospecha abuso sexual, maltrato emocional, negligencia o abandono)			
44.5	<u>Neuropediatría</u> (epilepsia con crisis generalizadas, con crisis focales o con crisis de ausencia)			
44.6	<u>Neumología o Infectología</u> (tuberculosos confirmada, clínica, latente, contacto con tuberculosis)			
TOTAL				

Nota. ANOTE LA **HORA EN QUE HA FINALIZADO** LA CONSULTA en la primera página del formulario.

G. EQUIPAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA DEL NIÑO/A

45. Anote si el profesional de salud utilizó los siguientes insumos/ materiales durante la consulta?

Materiales e insumos	Si	No	Comentarios
45.1 Utilizó el cuadro de Procedimientos			
45.2 Utilizó Historia clínica del AIEPI (electrónica o física)			

46. CONSULTA EXTERNA/ÁREA DEL EXÁMEN		SI	NO	COMENTARIOS
46.1	Espacio para la evaluación del niño/a			
46.2	Silla para madre y niño/a			
46.3	Mesa o escritorio			
46.4	Reloj con segundero visible			
46.5	Estetoscopio			
46.6	Tensiómetro			
46.7	Equipo de órganos			
46.8	Linterna y bajalenguas			
46.9	Infantometro			
46.10	Tallímetro			
46.11	La balanza funciona			
46.12	Balanza pesa bebé (funcional)			
46.13	Balanza de pie (funcional)			
46.14	Formulario de registro de AIEPI (electrónico o copia dura)			
46.15	Tarjetas para la madre			
46.16	Formulario de sistemas de información RIPS			
46.17	Cuadro de procedimiento de AIEPI			
Total				