

FICHA: VISITA DOMICILIARIA "SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS TOMADOS EN LA CONSEJERIA NUTRICIONAL DE LA GESTANTE Y LA PUÉRPERA"

DATOS GENERALES								
N° de Historia Clínica		DNI						
Apellidos		Edad						
Nombres		Telefono						
Dirección								
VISITAS		1ra visita (gestante)		2da visita (gestante)		hasta 15 días post parto		
FECHA DE VISITA		/ /		/ /		/ /		
Semana gestacional								
Fecha dosaje Hemoglobina (último control)		/ /		/ /		/ /		
Valor de hemoglobina								
Fecha de última entrega de suplemento		/ /		/ /		/ /		
IMC Pregestacional: bajo peso(1), normal (2), sobrepeso (3), obesidad (4)								
Compromiso asumido (C)								
Compromiso asumido (C)								
C	ALIMENTACION. Explore							
1	¿Qué tipo de preparaciones come? Sopas y caldos (1), segundos (2), sopa y segundo (3), ensalada y segundo (4), otros especificar							
2	2.1	¿Ayer usted comió?: pescado	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		carne de res	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		pollo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		huevo, leche o queso	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	2.2	Si en 2.1 consumio un AOA rico en hierro, explore ¿Cuánto comió? (referencia 5 cdas) ¹	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	2.3	Si en 2.1 no consumió un AOA rico en hierro, explore: ¿En Los últimos 3 días Sra.(mencione su nombre) ha comido higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3		¿Cuántas veces al día come? 3 comidas y 1 refrigerio (gestante), 3 comidas y 2 refrigerios (puérpera)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4		¿Qué cantidad come? Un plato mediano (1), un plato de segundo (2), un plato hondo (3), repite plato (4), otros (especificar)						
5	5.1	¿En los últimos 3 días comió verduras de color amarillo, anaranjado, verde?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	5.2	¿En los últimos 3 días comió frutas de color amarillo, anaranjado?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6		¿Esta última semana comió habas, frijoles, lentejas u otra menestra?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SUPLEMENTACION. Explore							
7	7.1	¿Toma suplementos (vitaminas)? Si responde No pase a 7.7	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	7.2	Muéstreme lo q toma: pastillas hierro(1), pastilla acido fólico(2), hierro + Ac fólico(3), otros especificar						
	7.3	¿Cuántas pastillas toma y cada cuanto toma?						
	7.4	¿En qué momento del día toma el suplemento? En ayunas (1), entrecomidas (2), junto con las comidas (3)						
	7.5	¿Con que bebida lo toma? Agua (1), bebida citrica (2), mates, café, té, lacteos (3), otro (4)						

VISITAS		1ra visita (gestante)		2da visita (gestante)		hasta 15 días post parto	
7.6	¿Ha tenido algún malestar luego de tomar el suplemento? Si responde SI, ¿Cuáles?.	SI	NO	SI	NO	SI	NO
7.7	¿Por qué no toma?						
8	Asistió a Sesión demostrativa de preparación de alimentos.	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Cuántas tabletas recibió la última vez?						
	¿Cuántas tabletas ha consumido?,						
	¿Cuántas tabletas le quedan?						
	Nº de tabletas consumidas en el mes x 100/Nº de tabletas que debió consumir						
	Adherencia adecuada (consumo ≥ 75% tabletas) (1)						
	Adherencia inadecuada (consumo < 75% tabletas) (2)						
	Si no está cumpliendo compromisos, explore ¿Por qué?						
	¿Está cumpliendo compromiso (C)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Está cumpliendo compromiso (C)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Nombre del personal de salud que la realizó la visita						
OBSERVACIONES:							

¹ utilizar cuchara como referencia