

CRONOGRAMA DEL PREMATURO

NOMBRE RN: _____ RUT: _____ FICHA CLINICA: _____
 NOMBRE MADRE: _____ RUT: _____ TELEFONO: _____
 DIRECCION: _____ MAIL: _____ PREVISION: _____
 CESFAM: _____ ESTABLECIMIENTO CONTROL PRENATAL: _____ FECHA 40 EG: _____
 ESCOLARIDAD MATERNA: Analfabeta/Básica/Media/Universitaria TABAQUISMO MATERNO SI / NO

Fecha Nacimiento	Hora	Peso	Talla	CC	Edad Gestacional	APGAR	Diagnosticos

EXAMENES	Indicación	Primer Examen			Control		
		Fecha	Edad	Resultado	Fecha	Edad	Resultado
Ecocardiografía	3 – 5 ddv						
Ecografía	3 – 6 ddv						
Cerebral	7 – 14 ddv						
[HIC (grado); Hidrocefalia; Leucomalacia; normal u otro (especificar)]	15 - 21 ddv						
	> 21 ddv						
	34 sem EGC						
	36 sem EGC						
	40 sem EGC						
Fondo de ojo	28 ddv						
PEAT	34 - 36 sem EGC						
Control Metabólico (Ca-P-FA)	Desde los 21 ddv y luego cada 15 días						
Sat. Nocturna	Previo al Alta						

VISITA DOMICILIARIA	Fecha Solicitud	Solicitada a	Fecha Realizacion	Vivienda adecuada
1ra Visita (Solicitar al pesar 1600 g)				SI / NO
2a Visita Domiciliaria				SI / NO

NEOCOSUR	7 ddv	28 ddv	36 sem EGC	ALTA
Peso				
Talla				
CC				

VACUNAS	Fecha	Edad
Hepatitis B		
BCG		
INFANRIX		
SYNFLORIX		
SYNAGIS (Palivizumab)		

Fecha de Entrega Receta PNAC: _____

Fecha Ingreso Ley Ricarte Soto: _____

Numero Referencia: _____