

Anexo 5: Formulario para la prescripción y retiro de producto del PNAC Prematuros (Referencial).

		FORMULARIO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y EL RETIRO DE PRODUCTO DEL PNAC PREMATUROS	
1.- DATOS DEL PROFESIONAL REFERENTE			
Apellido paterno:		Apellido materno:	
Nombres:		Profesión:	
N° de registro de la superintendencia de salud:			
RUN:		*Servicio de Salud:	
Establecimiento:			
2.- DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO/A.			
Apellido paterno:		Apellido materno:	
Nombres:			
RUN:		Fecha de nacimiento: ___/___/____	
Fecha de las 40 SG: ___/___/____	Edad Gestacional al nacer:	Peso de nacimiento: kg	
Domicilio y comuna:			
3.- DATOS DEL CONTROL DE SALUD (de acuerdo a edad corregida)			
Edad gestacional corregida:			
Peso: kg	Talla: cm	PC:	
Clasificación Nutricional:			
Tipo de alimentación que recibe: (Marque con una X)			
LME: ___ LMP: ___ FLP: ___ FE: ___ AC: ___			
Fecha Próximo control: ___/___/____			
4.- INDICACIÓN DE LA FÓRMULA (Marque con una X)			
Tipo de fórmula: ___ FP ___ FI ___ MS		Cantidad/mes: kg (máximo 4,5 kg/mes)	
Firma y timbre del profesional:		Fecha: ___/___/____	
5.- DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA (completar por Encargado/a de distribución de los PP.AA.)			
Nombre del Establecimiento:		Fecha: ___/___/____	
Tipo de fórmula entregada: (Marque con una X la fórmula entregada y complete el resto de los datos)			
FP	Cantidad: kg	N° tarros:	
FI	Cantidad: kg	N° tarros:	
MS	Cantidad: kg		
Nombre, rut y firma de la persona que realiza el retiro:			

**Solo en caso de beneficiario/as intrasistema,*

FI: fórmula de inicio, FP: fórmula de prematuro MS: Mi Sopita

-No se puede prescribir fórmula de prematuros y fórmula de inicio de manera simultánea para un mismo beneficiario.

*-El/la niño/a prematuro/a con calificación nutrición de riesgo de desnutrir o desnutridos, se convertirán en beneficiarios del producto **Mi Sopita**.*

Los/as niño/as dados de alta con LME, se recomienda que sean derivados a una clínica de lactancia materna.