



CRONOGRAMA DEL PREMATURO

NOMBRE RN:

RUT:

FICHA CLINICA:

TELÉFONO:

FECHA	HORA	PESO	TALLA	CC	EDAD GESTACIONAL	APGAR

EXAMENES	Indicación	Fecha	Edad	Resultado	Control		
					Fecha	Edad	Resultado
Ecocardiografía	3-5 ddv						
Ecografía cerebral	3-6 ddv						
	7- 14 ddv						
	15-21 ddv						
	>21 ddv						
	34 EGC						
	36 EGC						
40 EGC							
Fondo de Ojo	28 ddv						
PEAT	34- 36 sem EGC						
Control metabólico	21 ddv						
Saturometría nocturna (DBP)							

VISITA DOMICILIARIA	1600 gr
	VIVIENDA ADECUADA SI NO
2ª VISITA DOMICILIARIA	VIVIENDA ADECUADA SI NO

DATOS NEOCOSUR	7 ddv	28 ddv	36 S. EGC	ALTA

VACUNAS	FECHA	EDAD
HEPATITIS B		
BCG		
INFANRIX		
SYNFLORIX		
NIRSEVIMAB		

HOSPITAL PUERTO MONTT
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

