**Formulario de Octava Visita (24 meses de vida)**

Te recordamos que para cualquier duda en relación con la cumplimentación de este formulario puedes consultar el documento "Recomendaciones para el PAP de la Red" (<https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/recomendaciones_para_los_pap.pdf>) o ponerte en contacto con tu coordinador(a) autonómico/a (<https://www.aepap.org/grupos/papenred/integrantes>)

Secciones:

 - S. Datos de identificación.

 - S. Método de Alimentación del bebé (Lactancia).

 - S. Apoyo recibido a la LM y satisfacción de la madre.

 - S. Alimentación complementaria.

 - S. Salud y desarrollo del niño.

**1.- SECCIÓN DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**1.-1: Código de PAP:** Las dos iniciales de la comunidad en mayúsculas seguidas del n. º de orden, sin espacios (p. ej. MA23; no pongas ma 23 ni Ma\_23...). Si el n. º de orden es de sólo una cifra añade un 0 delante (p. ej. MA03): Ver en “Recomendaciones para PAP” o consultar al coordinador de la CC. AA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

**1.-2: Código del niño:** Es el nº de PAP en Red (en mayúsculas y sin espacio entre letras y número) seguido de un guion y del nº de orden del niño (p.ej. MA23-1): \_\_\_\_\_-\_\_\_

**1.-3: Número visita:** **Visita 8: 24 meses de vida.**

**1.-4: Código de visita:** El código estará compuesto por: tu código de PAPenRED, seguido de un guion y el número de inclusión de este niño en el estudio seguido de otro guion y el 8 correspondiente a la octava visita (ejemplo para esta octava visita: si tu código es AS03, el primer niño incluido será AS03-1-8 el segundo, AS03-2-8; etc.)**:**  -\_\_- **8**

**Fecha de la visita** (Poner en formato día, mes, año DD/MM/AAAA**)**

\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.- SECCIÓN MÉTODO DE ALIMENTACION DEL BEBE (LACTANCIA)**

**(Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en otra sección**

**Indique, por favor. En los últimos 7 días, ¿qué tipo de lactancia ha recibido su hijo/a, aparte de la alimentación complementaria?**

1. Solo ha recibido leche materna: **Lactancia materna Exclusiva (LME**)
2. Ha recibido otros tipos de leche además de la leche materna: **Lactancia Mixta**
3. Recibió lactancia materna y ahora sólo lactancia artificial: **Lactancia Artificial tras abandono de lactancia materna**

1. **Siempre recibió lactancia artificial**

*Responda a continuación a las preguntas del apartado que corresponda a la alimentación que está dando a su bebé (Ha de escoger entre el 1 y el 4)*

**(1) Lactancia Materna Exclusiva (LME). Sólo recibe lactancia materna**: *Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en otra sección*

* ¿Cuántas veces de promedio toma por la noche entre las 12 y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/noche. [*Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].*
	+ 0 <1 1 2 3 4 5 6 >6

**(2) Lactancia Mixta. Recibe otros tipos de leche además de la leche materna**: *Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en otra sección*

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando empezó a darle otro tipo de leche diferente a la materna? Si ya lo ha respondido en visitas previas puede escribir ”ya respondido”, si no lo respondió anote por favor los meses (entre < 12 m y 24 meses) \_\_\_\_\_\_
* Indique por favor el tipo de leche (diferente de la materna) que toma su bebé.
* Fórmula (3) Junior o de “Crecimiento”
* Fórmula hidrolizada
* Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
* Leche de vaca entera
* Leche de vaca semidesnatada o desnatada
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Qué cantidad de Leche artificial toma en el día? (sume el día y la noche y anótelo en ml /24 horas como número entero)\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana (sumadas Lactancia Materna + Lactancia Artificial)? \_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/ noche*. [Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)]*

0 <1 1 2 3 4 5 6 >6

**(3) Lactancia artificial tras abandono de lactancia materna. Recibió leche materna, pero ya no la recibe**: *Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en otra Sección*

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando dejó de darle leche materna? (1) Si ya lo ha respondido en visitas previas puede escribir ”ya respondido”. (2) Si no lo respondió, anote por favor los meses (entre <12m y 24 meses) \_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique por favor el tipo de leche que toma su bebé.
* Fórmula (3) Junior o de "Crecimiento"
* Fórmula hidrolizada
* Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
* Leche de vaca entera
* Leche de vaca semidesnatada o desnatada
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja…)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Qué cantidad de Leche Artificial toma en el día?: (sume el día y la noche y anótelo en ml /24 horas como número entero) \_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/noche. *[Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)]*

0 <1 1 2 3 4 5 6 >6

**(4) Lactancia artificial desde el inicio. Decidió no ofrecer leche materna desde el inicio**: *Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en otra sección*

* Indique por favor el tipo de leche que toma su bebé.
* Fórmula (3) Junior o de "Crecimiento"
* Fórmula hidrolizada

x

* Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
* Leche de vaca entera
* Leche semidesnatada o desnatada
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Qué cantidad de Leche Artificial toma en el día?: (sume el día y la noche y anótelo en ml /24 horas como número entero) \_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana? \_\_\_\_\_\_ tomas/noche. *[Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].*

0 <1 1 2 3 4 5 6 >6

**3.- SECCIÓN APOYO RECIBIDO PARA LA LACTANCIA MATERNA Y SATISFACCION DE LA MADRE (Responder solo si está tomando lactancia materna)**

**3.-2: Lactancia y trabajo materno**

* **¿Cuál de estas cuestiones se parece más a su situación actual?**
* No está trabajando
* Está trabajando y los datos constan en la visita previa y la situación **No** se ha modificado
* Está trabajando, registró los datos en visita previa y la situación **Sí se ha modificado / o** **ha comenzado ahora a trabajar**

Si elige esta última opción: Indique lo que más se parece a su situación actual

 *Puede responder a varias opciones*

* Le da el pecho antes de salir de casa, y al volver del trabajo
* Se saca la leche en casa
* Se saca la leche en el trabajo
* Ya tenía una reserva de leche extraída
* Tiene horario flexible y puede adaptarlo a las necesidades del bebé
* No tiene problemas porque trabaja desde su domicilio
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.-3: Lactancia y guardería o escuela infantil (No registrar si ya se ha hecho en visitas previas y no hay cambios):**

* Si su hijo(a) acude a la guardería o escuela infantil, exponer por favor la actitud general del personal respecto a la lactancia materna

 *Puede marcar varias opciones*

* Siempre me han animado
* Puedo ir a darle el pecho a cualquier hora
* Aceptan la leche extraída que yo llevo
* No se habla del tema
* Otra, señale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.-4: ¿Le apoyan o, al contrario, le critican o percibe gestos negativos por mantener una lactancia materna prolongada?** **Elija la opción(es) que mejor describa(n) su situación.**

\* *Puede elegir varias opciones*

*\*\* Consideramos tres entornos:* ***Entorno cercano*** *(familia, amigos y compañeros de confianza del trabajo);* ***Entorno Sanitario*** *(pediatra, médico, matrona, enfermera)* ***y******Entorno lejano*** *(familia, amigos y compañeros de trabajo no próximos, desconocidos, establecimientos, grupos, redes sociales…)*

* Me apoya mi entorno cercano
* Me apoya mi entorno sanitario
* Me apoya mi entorno lejano
* No recibo apoyos
* Me critican o percibo gestos negativos

**4.- SECCIÓN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS CON VISITAS PENDIENTES O ALIMENTOS NO REGISTRADOS**

**ANOTE SOLO SI HAY ALGÚN ALIMENTO O ALIMENTOS, INTRODUCIDO O INTRODUCIDOS DESPUÉS DE LOS 18 MESES DE EDAD O NO REGISTRADO EN VISITAS PREVIAS**

\* No responda si ya ha registrado todos los alimentos en visitas previas

 \*\*ANOTE SOLAMENTE ALIMENTO O ALIMENTOS Y EDAD DE INTRODUCCIÓN. La CIFRA (REFERIDA A MESES DE EDAD), EN NÚMEROS ENTEROS (por ejemplo 14; 21) en:

1. Niños que empiezan con un alimento o alimentos después de los 18 meses de edad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Niños que faltaron a la visita de los 18 meses o no lo tenían registrado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Responda NI ('No iniciado aún') si el niño aún no ha iniciado algún alimento o alimentos. (por ejemplo niños/as vegetarianos o veganos)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (4) Anote NC ("No Conocido"), si desconoce la edad exacta de introducción de algún alimento o alimentos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A DE CORTA EDAD DE 24 MESES. CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS Y AUTONOMÍA DEL NIÑO/A EN LA ALIMENTACIÓN**

**4.-2: - Indique el número de veces en el día que su bebé toma alimentos diferentes de la leche**. Ya ha respondido en otra pregunta acerca del número de tomas de leche (*materna o no materna*) que hace su hijo/a en el día. Ahora responda por favor, al número de comidas que hace en el día de otros alimentos (sólidos, semisólidos o blandos).

1 2 3 4 5 6 >6

**4.-3:-Elija la consistencia de los alimentos que come su hijo/a habitualmente**

* + Come todo triturado en puré o papilla
	+ Come casi todo triturado y le da también alimentos parcialmente troceados. Por ejemplo, pan.
* Come con más frecuencia alimentos parcialmente troceados o enteros que purés

 o papillas

* Come casi todo entero

**4.-4: ¿Tiene algún problema su hijo/a para tomar alimentos sólidos?**

* No Si Solo con algún alimento

**4.-5: Si ha respondido que tiene algún problema con algún o todos sólidos, en qué consiste**

* Le cuesta tragar Tiene rechazo o aversión
* Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.-6¿Cómo toma los líquidos habitualmente?** (puede elegir varias opciones)

* Biberón Taza o vaso
* Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.-7: Autonomía con la comida:**

* Come Solo/a (come por sí mismo/a prácticamente todo)
* Come con ayuda (Una parte come solo/a, otra se la da otra persona)
* Le da alguien de comer toda la comida

**5- SECCIÓN SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO/A**

**5-1: Somatometría, hábitos y satisfacción con el desarrollo:**

(Para las comparativas de normalidad, sobrepeso/obesidad se utilizarán las gráficas de la OMS)

* **Peso del niño(a**) \_\_\_\_\_,\_\_\_\_ gramos ( importante: anotar el peso en gramos, sin decimales ¡¡¡por favor, no anotarlo en kg!!!
* **Longitud del niño(a**) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_cm (incluir un decimal separado por una coma)
* **Perímetro cefálico**: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_cm (incluir un decimal separado por una coma)
* **Cuidador principal**: (elija el cuidador o los cuidadores principales)

madre padre ambos abuelos otro familiar

cuidador contratado guardería escuela infantil Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Si la madre del bebé trabaja**; indique la edad que tenía el bebé cuando empezó a trabajar. Anote la edad en meses (números enteros). Rellene también los datos si no realizó la Visita 6 (12 meses) y empezó a trabajar antes de esa edad. Si ya contestó a esta pregunta, señale “ya respondida en visitas previas”.
	+ Ya respondida en visitas previas Edad en meses\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Si acude a guardería o escuela infantil** (asistencia de más de 2 horas al día más de 3 días a la Semana). Anote la edad de inicio en meses (números enteros). Rellene también los datos si no realizó la Visita 6 (12 meses) e inició la guardería o escuela infantil antes de esa edad. Si ya contestó esta pregunta, señale “ya respondida en visitas previas”.
	+ Ya respondida em visitas previas Edad en meses\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Si acudió guardería o escuela infantil **y abandonó la asistencia** ¿a qué meses lo hizo?
	+ Edad en meses (números enteros, ejemplo 12,13) \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Si el bebé abandonó la asistencia a guardería o escuela infantil, explique cuáles fueron los motivos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **¿Está satisfecha con los progresos en el crecimiento del bebé**?:
	+ Muy satisfecha Satisfecha Parcialmente satisfecha

Insatisfecha Muy insatisfecha

* **Su bebé ¿usa chupete**?
	+ Sí, casi todo el tiempo
	+ Algunos ratos solo
	+ No

**SUEÑO**. Breve Cuestionario de Sueño (Adaptado de A. Sadeh. BISQ. Brief lnfant Sleep Questionnaire). \* De las siguientes preguntas referidas al SUEÑO, Debe contestar una única respuesta, la que le parezca más apropiada.

* Cómo duerme su bebé la mayor parte del tiempo
	+ En cuna/cama en su habitación
	+ En cuna/cama en la habitación de los padres
	+ En la cama con los padres
	+ En cuna/cama en la habitación de hermanos
	+ Otra opción, detalle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cómo suele dormir
	+ Boca arriba
	+ De costado
	+ Boca abajo
* Cuánto tiempo duerme su hijo/a por la noche (a partir de las 9 de la noche)

\* Escriba en formato "duración" hh:mm (horas con dos cifras, seguido de : y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos). Por ejemplo: 10:30\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Cuánto tiempo duerme su hijo/a por el día (a partir de las 9 de la mañana)

\*Escriba en formato "duración" hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos). Por ejemplo: 02:15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Cuánto tiempo esta su hijo/a despierto por la noche (de 12 a 6 de la mañana)

\* Escriba en formato "duración" hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos). Por ejemplo: 01:45\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Cuántas veces se despierta por la noche

0 1 2 3 4 5 6 >6

* Cuánto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche (desde que se le acuesta para dormir)

\* Escriba en formato "duración" hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos). Por ejemplo: 00:50\_\_\_\_\_\_\_\_

* A qué hora se suele quedar dormido/a por la noche (primer sueño)

\* Escriba en formato "hora" hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos). Por ejemplo: 21:20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Cómo se duerme su niño/a
	+ Mientras come
	+ Acunándolo
	+ En brazos
	+ El solo/a en su cuna/cama
	+ El solo/a en presencia de la madre ( o adulto)
* Considera que el sueño de su hijo/a es un problema
* Sí. Muy importante
* Sí. Poco importante
* No. No es un problema
*

**HIGIENE BUCODENTAL Y PREVENCIÓN DE LA CARIES**

* Su hijo/a mantiene alguno de estos hábitos casi a diario

\*Puede señalar varias opciones \* \* Su hijo/a suele realizar este tipo de tomas, y generalmente no le lavan o enjuagan la boca después.

* + Toma biberones antes de dormir la siesta o de acostarse por la noche
	+ Toma biberones durante la noche
	+ Toma Lactancia materna durante la noche
	+ Bebe biberones de leche durante el día
	+ Bebe biberones de zumo durante el día
	+ Ninguna de las anteriores
* Los padres o cuidadores principales tienen alguno de estos hábitos con el niño/a

\* Puede señalar varias opciones

* Le ofrecen chupetes mojados con azúcar o miel
* Prueban o soplan en cucharas, tazas o alimentos del bebé
* Le limpian el chupete con su boca .
* Ninguna de las anteriores
* Cuidan la higiene bucodental del niño/a
	+ No
* Si a diario
* Si , no a diario
* Responda solo si ha respondido que cuidan la higiene bucodental del niño/a, a diario o a veces:
	+ Le limpian con una gasa húmeda
	+ Le cepillan dientes con agua
	+ Le cepillan dientes con pasta infantil
* ¿Su hijo/a tiene caries?

\*Si no tiene ninguna caries, marque cero. Si tiene caries, marque su número. \*\*Incluya también las piezas empastadas.

0 1 2 3 4 5 >5

**OCIO Y EJERCICIO FÍSICO**

\*Tiempo de consumo de Televisión (TV) y de Otras Pantallas (Móviles, Tabletas, Ordenadores, Videojuegos, películas,...).

* ¿Su hijo/a ve TV u otras pantallas
	+ No
	+ Si
* Si ha respondido que "SÍ ve TV u otras pantallas", **anote el tiempo de consumo diario los días hábiles.** \* Tiempo aproximado de consumo diario: Escriba en formato duración hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos)
	+ Duración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hh:mm)
* Si ha respondido "SÍ ve TV u otras pantallas", **anote el tiempo de consumo diario los fines de semana o festivo.** \* Tiempo aproximado de consumo diario: Escriba en formato duración hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos)
	+ Duración\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hh:mm)
* ¿Ve la TV o Pantallas acompañado de un adulto?
	+ Si
	+ No
	+ A veces

**ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO**

* ¿Cuánto tiempo al día está activo y en movimiento su hijo/a con cualquier actividad física o juego tanto dentro como fuera de casa? \* Tiempo aproximado activo/movimiento/juego diario: Calcularlo en horas y minutos diarios. Escriba en formato duración hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos)
* Duración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hh:mm)

¿Cuánto tiempo permanece su hijo/a sedentario al día (sentado/a o sujeto, en silla, carro o balancín...? \* Tiempo aproximado sedentario diario: Calcularlo en horas y minutos. Escriba en formato duración hh:mm (horas con dos cifras, seguido de: y de minutos con dos cifras. No hace falta rellenar los segundos) \*\* NO INCLUYA los periodos de sueño \*\*\* NO INCLUYA el tiempo frente a TV y otras pantallas (ya respondido en preguntas anteriores)

* + Duración\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(hh:mm)

¿Cuántas veces permanece su hijo/a con actividades sedentarias, más de 1 hora seguida al día? (sentado/a o sujeto, en silla, carro o balancín\* NO INCLUYA los periodos de sueño. \*\* NO INCLUYA el tiempo frente a TV y otras pantallas (ya respondido en preguntas anteriores).

0 1 2 3 4 >4

¿Su Pediatra o enfermera le han dado consejo sobre la promoción de la actividad física o la disminución del sedentarismo?

* Si
* No
* No lo se

**5.2-: Edad de Adquisición de los Principales ítems del Desarrollo Psicomotor:**

**Adaptado de Tabla de desarrollo Haizea-Llevant. Para cada una de estas frases, señalar la opción que más se adecua al bebé: NO adquirido aún; Si adquirido o No valorable** (Los casos “No valorables” pueden aclararse al final de la encuesta en observaciones/sugerencias...). Para una correcta cumplimentación, puede consultarse el documento *Indicaciones para valorar el Desarrollo Psicomotor en el estudio LAyDI* en la siguiente dirección: <https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/indicaciones_para_valorar_el_desarrollo_psicomotor_en_el_estudio_laydi.pdf>

\* Responda a TODAS las preguntas, aunque ya las haya contestado en la visita anterior (7.ª visita, a los 18 meses de vida).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hitos del desarrollo** | **No adquirido** | **Si adquirido** | **No valorable**  |
| **Imita tareas del hogar** |  |  |  |
| **Come con cuchara** |  |  |  |
| **Ayuda a recoger los juguetes** |  |  |  |
| **Da de comer a los muñecos** |  |  |  |
| **Se quita los pantalones** |  |  |  |
| **Obedece orden con gestos** |  |  |  |
| **Utiliza palabra “no”** |  |  |  |
| **Señala partes de su cuerpo** |  |  |  |
| **Nombra objeto dibujado** |  |  |  |
| **Ejecuta dos ordenes** |  |  |  |
| **Combina dos palabras** |  |  |  |
| **Utiliza pronombres** |  |  |  |
| **Nombra cinco imágenes** |  |  |  |
| **Garabatea espontáneamente** |  |  |  |
| **Pasa páginas** |  |  |  |
| **Hace torre de dos cubos** |  |  |  |
| **Tapa un bolígrafo** |  |  |  |
| **Hace torre de cuatro cubos** |  |  |  |
| **Carrera libre** |  |  |  |
| **Camina hacia atrás** |  |  |  |
| **Baja escaleras** |  |  |  |
| **Chuta la pelota** |  |  |  |
| **Salta hacia adelante** |  |  |  |

**Área de Socialización Área del lenguaje y lógica matemática**

**Área de manipulación Área postural**

**5.3: Calendario vacunal:**

* ¿Ha recibido las vacunas **RECOMENDADAS** en la Comunidad Autónoma hasta esta edad?
	+ Sí No
* En el caso en que **NO** haya recibido todas las vacunas recomendadas en Calendario de la Comunidad Autónoma, indicar las vacunas que **NO** le han sido administradas desde la visita anterior (Puede escoger varias respuestas)
	+ Hepatitis B Difteria Tétanos Tosferina

* + Poliomielitis Haemophilus influenza B



* + Antineumocócica conjugada Meningococo C SRP

* + Varicela Otras, Detalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Indicar el motivo para la NO administración de las mismas:
	+ - Retraso temporal (enfermedad intercurrente, ingreso...)

* + - Contraindicación médica

* + - Reacción a dosis vacunal previa

* + - Negativa de los padres
		- Otros, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicar las vacunas que **SÍ** se han administrado y que **NO** están **INCLUIDAS** en calendario de la Comunidad Autónoma \*Puede escoger varias respuestas. \*\* Si se ha administrado al niño la vacuna frente a Meningococos ACWY, rellenar en este apartado. Se incluye entre las vacunas "Opcionales", por no estar incluida en el Calendario de todas las CC. AA.

* + No ha recibido ninguna vacuna NO incluida en el calendario vacunal de la

Comunidad Autónoma Men ACWY MenB Otra\_\_

**5.-4: Morbilidad. Desde la visita de los 18 meses hasta hoy (o si esta no se cumplimentó, desde la visita anterior en la que se facilitaron estos datos):**

* ¿Ha recibido ingreso hospitalario?
	+ Sí No
	+ En caso afirmativo diga el /los diagnósticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Ha debutado con alguna enfermedad crónica?
	+ Sí No

 En caso afirmativo diga el /los diagnósticos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Ha tenido algún otro tipo de problemas cómo?: (puede elegir varias respuestas)
* Vómitos Estreñimiento Intolerancia alimentaria

* Alergia alimentaria Ninguno Otros, detalle\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.-5: Registrar el número de episodios padecido**s de las siguientes patologías desde la visita de los 18 meses, (o si esta no se cumplimentó, desde la visita anterior en la que se facilitaron estos datos): El número de episodios padecidos de los que tengas constancia o te informe la familia, independientemente de donde haya sido atendido el niño: en tu consulta, urgencias, otras consultas. Anotar el número desde 0 hasta 10 y >10. **Tabla adaptada de Prevalencia de problemas de salud en la población asignada a atención primaria 2012 (BDCAP)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patologías**  | **Número de episodios**  |
| Infección respiratoria aguda del tracto superior (Resfriado común)  |  |
| Otitis media aguda |  |
| Faringoamigdalitis aguda |  |
| Amigdalitis aguda (estreptocócica) |  |
| Enfermedades de los dientes/encías |  |
| Bronquitis aguda |  |
| Bronquiolitis aguda |  |
| Conjuntivitis |  |
| Dermatitis/eccema atópico |  |
| Infección intestinal inespecífica/posible (Gastroenteritis aguda) |  |
| Episodios de sibilancias  |  |
| Enfermedades víricas exantemáticas (si posible especifica) |  |
| Sinusitis  |  |
| Neumonía |  |
| Otras, detalle: |  |

**5.-6 VITAMINA D**

* **Si aún la toma o tomó vitamina D3 después de los 18 meses de edad señale el motivo**
	+ Es la práctica habitual de mi pediatra
	+ Por otro motivo
	+ Si respondió “otro motivo” Señale cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENCUESTA NUTRICIONAL DEL ESTUDIO LAYDI Y UNIVERISDAD DE OVIEDO**

¿La familia accede a participar en la Encuesta Nutricional?

Si No

Si la familia responde que SÍ accede a participar en la Encuesta Nutricional, anote los datos de identificación y contacto:

**Código del niño/a en el Estudio LAYDI**\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Teléfono del contacto**: Teléfono de la persona que va a responder la encuesta. Puede añadir un teléfono de contacto adicional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico del contacto**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observaciones**: Anote si prevé dificultades en el familiar de contacto o si precisa orientación telefónica personalizada para realizar la Encuesta Nutricional. Y si tiene horarios preferentes de contacto. No olvides proporcionar el código de identificación del niño/a a la familia.

**CONCLUSIÓN.** Puedes incluir aquí cualquier dificultad, duda o sugerencia que te haya surgido

Al rellenar este formulario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VOLCAR ESTA ENCUESTA EN:** [**https://tinyurl.com/LAyDI-PAPenRED-8**](https://tinyurl.com/LAyDI-PAPenRED-8)