**Formulario de Séptima Visita (18 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 7: 18 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 7 correspondiente a la séptima visita (ejemplo para esta séptima visita: si tu código es AS03, el primer niño incluido será AS03-1-7 el segundo, AS03-2-7; etc.)**:**  -\_\_- **7**

**Fecha de la visita:** \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 leche le ha dado a su bebé? (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 tomas de promedio hace al día? (Sume las del día y de la noche)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tomas/24 horas
* ¿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)].*

**(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 \_\_\_\_\_\_
* ¿Cuáles fueron las razones para añadirle otro tipo de leche diferente a la materna? *Se pueden elegir varias respuestas*
* Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta* 
  + Decisión propia
* Enfermedad materna (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Consejo de pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Trabajo materno
* Otros, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántas tomas de lactancia materna hace al día? \_\_\_\_\_\_\_\_tomas/24 horas
* Indique por favor el tipo de leche (diferente de la materna) que toma su bebé.
* Fórmula de inicio (1)
* Fórmula de continuación (2)
* 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)]*

**(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 \_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuáles fueron las razones para dejar de administrarle leche materna? *Se pueden elegir varias respuestas*
* Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta*
* Fue una decisión propia
* Enfermedad materna (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Consejo del pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Trabajo materno
* El bebé no quiso seguir siendo amamantado
* Otras\_\_\_\_\_\_
* Indique por favor el tipo de leche que toma su bebé.
* Fórmula de inicio (1)
* Fórmula de continuación (2)
* 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)]*

**(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 de inicio (1)

x

* Fórmula de continuación (2)
* 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)].*

**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

**3.- 5: Si en la pregunta anterior responde “me critican o percibo gestos negativas por mantener la lactancia prolongada: ¿Cómo las gestiona, según el entorno del que procedan?**

*\* Según el entorno del que procedan (iguales a los de la pregunta anterior), señale la opción que más se parezca a la suya:*

*- Si no hay críticas en alguno(s) entorno(s), señale la opción* ***1. No críticas*** *(No me critican...). - Si hay críticas/gestos negativos en algún (s) entorno(s), señale la opción que mejor se adapte a su forma de gestionar en cada ambiente:*

***2. Indiferente*** *(Soy indiferente a las críticas.,*

***3. Enojo (me siento molesta o enfadada, pero me callo)****;*

***4. Enfrento*** *(Me enfrento a las críticas);*

***5. Oculto*** *(Trato de ocultar mi Lactancia Materna ante las críticas);*

***6. Dudo*** *(Las críticas me generan dudas sobre continuar la lactancia).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1.**  **No críticas** | **2.**  **Indiferente** | **3.**  **Enojo** | **3.**  **Enfrento** | **4.**  **Oculto** | **5.**  **Dudo** |
| **Entorno cercano** |  |  |  |  |  |  |
| **Entorno Sanitario** |  |  |  |  |  |  |
| **Entorno lejano** |  |  |  |  |  |  |

**4.- SECCIÓN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**4.-1: Edad de introducción de los diferentes alimentos indicada en meses**. \*Señale la respuesta que mejor corresponda con la edad de introducción de cada alimento: (1). NI (Si "NO ha INICIADO" la ingesta de algún alimento. (2.). RP (RESPONDIDO PREVIAMENTE), si ya respondió a la pregunta especifica en visitas previas. (3) Señale < 12 meses: Si no pudo registrar la respuesta en visitas previas o si no realizó la Visita 6 (12 meses). (4) Si el alimento ha sido introducido a partir de los 12,5 meses anote la edad correspondiente.).

* Cereales sin gluten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cereales con gluten (pan, galletas, papillas, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frutas (enteras, troceadas o en papilla) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Verduras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Aves\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Carne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pescado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Yema de huevo\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Clara de huevo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Legumbres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Leche de vaca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Yogures, quesos o derivados lácteos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frutos secos (triturados) \_\_\_\_\_\_\_

**Pregunta Opcional**

**4.-1-1: Pregunta Opcional solo para el caso en que en la pregunta anterior haya señalado <12 meses , porque no pudo registrar la respuesta en visitas previas o no realizó la Visita 6 (12 meses)** Anote a continuación \*ANOTE SOLAMENTE LA CIFRA (REFERIDA A MESES DE EDAD), EN NÚMEROS ENTEROS Y FRACCIONES DE MEDIO MES.(por ejemplo 6, 5; 7) \*\* ANOTE NC ("NO CONOCIDO"), si desconoce la edad exacta de introducción de alguno de los alimentos, siempre que se haya iniciado antes de los 12 meses de vida.

\*\*\* No responda si en la pregunta anterior seleccionó una edad de introducción del alimento en cuestión mayor o igual que 12,5 meses. Tampoco responda si la respuesta fue NI ('No iniciado aún') o RP ('Ya respondido en visitas previas").

* Cereales sin gluten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cereales con gluten (pan, galletas, papillas, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frutas (enteras, troceadas o en papilla) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Verduras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Aves\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Carne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pescado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Yema de huevo\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Clara de huevo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Legumbres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Leche de vaca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Yogures, quesos o derivados lácteos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frutos secos (triturados) \_\_\_\_\_\_\_

**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 en el día. Ahora responda por favor, al número de comidas que hace en el día de otros alimentos (sólidos, semisólidos o blandos).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.
    - En el caso en que sea esta la respuesta:
    - ¿A qué edad empezó a darle ocasionalmente alimentos troceados \* Señale la respuesta que mejor corresponda: (1). RP (RESPONDIDO PREVIAMENTE), si ya respondió a la pregunta especifica en visitas previas. (2) Señale < 12 meses: Si no pudo registrar la respuesta en visitas previas o si no realizó la Visita 6 (12 meses). (3) Si comenzó ocasionalmente a comer esas consistencias a partir de los 12,5 meses indique la edad en meses enteros (ejemplo: 13,14)
      * Respondida previamente
      * < de 12 meses
      * Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Come con más frecuencia alimentos parcialmente troceados o enteros que purés

o papillas

* En el caso en que sea esta la respuesta:
  + - ¿A qué edad comenzó a comer “habitualmente” alimentos troceados o enteros?\*Señale la respuesta que mejor corresponda: (1). RP (RESPONDIDO PREVIAMENTE), si ya respondió a la pregunta especifica en visitas previas. (2) Señale < 12 meses: Si no pudo registrar la respuesta en visitas previas o si no realizó la Visita 6 (12 meses). (3) Si comenzó preferentemente a comer esas consistencias a partir de los 12,5 indique la edad en meses enteros (ejemplo: 13; 14)
      * Respondida previamente
      * < de 12 meses
      * Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* + Biberón Taza o vaso

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

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

Peso del niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gramos Longitud del niño(a) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_cm

IMC (no anotarlo, se calculará automáticamente a partir de los datos del peso y longitud)

Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_,\_\_\_\_cm

* Cuidador principal: (elija el cuidador o 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 No
* **¿Cuántas horas de promedio duerme su bebé?** (Sume las del día y de la noche)
  + < de 11 horas Entre 11 h y 13h59min entre 14 y 16 h >16h
* Como promedio, **¿Cuántas veces de madrugada** (entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana) se ha despertado para ser alimentado o por cualquier otra razón? *[Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].*\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique por favor **dónde duerme habitualmente**: (describa el sitio o sitios donde duerme habitualmente).
* En la cama de los padres
* En cuna en la habitación de los padres
* En cuna de colecho/cuna sidecar
* En cuna fuera de la habitación de los padres

* En su propia cama

* Otras, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 (6.ª visita, a los 12 meses de vida).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hitos del desarrollo** | **No adquirido** | **Si adquirido** | **No valorable** |
| **Imita gestos** |  |  |  |
| **Colabora cuando le visten** |  |  |  |
| **Lleva un vaso a la boca** |  |  |  |
| **Imita tareas del hogar** |  |  |  |
| **Come con cuchara** |  |  |  |
| **Ayuda a recoger los juguetes** |  |  |  |
| **Da de comer a los muñecos** |  |  |  |
| **Comprende una prohibición** |  |  |  |
| **Comprende significado de palabras** |  |  |  |
| **Obedece orden con gestos** |  |  |  |
| **Dice Mamá-Papá con sentido** |  |  |  |
| **Utiliza palabra “no”** |  |  |  |
| **Señala partes de su cuerpo** |  |  |  |
| **Realiza pinza superior** |  |  |  |
| **Señala con el índice** |  |  |  |
| **Garabatea espontáneamente** |  |  |  |
| **Pasa páginas** |  |  |  |
| **Hace torre de dos cubo** |  |  |  |
| **Tapa un bolígrafo** |  |  |  |
| **Hace torre de cuatro cubos** |  |  |  |
| **Se sienta solo** |  |  |  |
| **Da 5 pasos solo** |  |  |  |
| **Marcha libre** |  |  |  |
| **De pie sin apoyo** |  |  |  |
| **Carrera libre** |  |  |  |
| **Camina hacia atrás** |  |  |  |

**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

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

Comunidad Autónoma Rotavirus MenB Otras\_\_\_\_\_\_

**5.-4: Morbilidad. Desde la visita de los 12 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)

Regurgitaciones Vómitos Estreñimiento Muguet

Intolerancia alimentaria Alergia alimentaria

No ha tenido ninguno Si Otros, detalle\_\_\_\_\_\_\_

**5.-5: Registrar el número de episodios padecido**s de las siguientes patologías desde la visita de los 12 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. **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: |  |

**VITAMINA D**

**5.-6. Respecto a la vitamina D3**

* **Responder lo que más se ajuste a este niño/a**

**\*** *Desde la visita de los 12 meses hasta hoy (o si esta no se cumplimentó, desde la visita anterior en la que se facilitaron estos datos).*

* No la ha tomado nunca
* La ha tomado muy irregularmente

- La tomó durante \_\_\_\_\_\_\_\_meses (escribir en números enteros)

* + Aún la toma\_\_\_\_\_\_\_
* **Si aún la toma o la tomó después de los 12 meses de edad señale el motivo** 
  + Es la práctica habitual de mi pediatra
  + Por 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.

**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-7**](https://tinyurl.com/LAyDI-PAPenRED-7)