**Formulario de Sexta Visita (12 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 6: 12 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 6 correspondiente a la sexta visita (ejemplo para esta sexta visita: si tu código es AS03, el primer niño incluido será AS03-1-6 el segundo, AS03-2-6; etc.)**:**  -\_\_- **6**

**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 la sección 4)**

\*\* ATENCIÓN: Se ha suprimido en la Visita 6 (12 meses de vida) la anterior Sección 2/5 "Lactancia Materna Predominante". La clasificación de alimentación láctea del bebé consta ahora de 4 secciones, con una numeración diferente a la de las anteriores visitas.

**Indique, por favor. En los últimos 7 días ¿Qué tipo de leche le ha dado a su bebé?**

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 la Sección 4*

* Indique cómo está ofreciendo el pecho a su bebé:
	+ A demanda (cuando lo pide o llora)
* Siguiendo un horario
* En ambos casos:
	+ - ¿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 la Sección 4*

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando empezó a darle otro tipo de leche diferente a la materna?
* *Ya respondido en visita(s) anterior(es)*
* 6 meses 7 meses 8 meses 9meses 10meses 11 meses 12 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
	+ Tenía la sensación de tener poca leche

V

* + Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre
* El bebé ganaba poco peso
* Tenía dolor en los pechos
* Tenía grietas
* Mastitis
* Enfermedad materna (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Consejo de pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Consejo de familiar
* Trabajo materno
* Otros, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántas tomas hace al día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tomas/ 24 horas
* ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche) \_\_\_\_\_\_\_\_ biberones/ 24 horas. (Si es alguna vez, ponga < 1 al día)
* 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
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cantidad aproximada de cada biberón: < de 90 ml 91 a 120 ml 121 a 150 ml

De151 a 180 ml de 181 a 210 ml de211 a 240 ml > de 241ml

* ¿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) 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 la Sección 4*

* ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando dejó de darle leche materna?
* *Ya respondido en visita(s) anterior(es)*
* 6 meses 7 meses 8meses 9 meses 10 meses 11 meses 12 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
* Tenía la sensación de tener poca leche
* Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre
* El bebé ganaba poco peso
* Tenía dolor en los pechos
* Tenía grietas
* Mastitis
* Enfermedad materna (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Consejo del pediatra
* Consejo de enfermera/matrona
* Consejo familiar
* Trabajo materno
* Otras
	+ Si una de las razones principales de abandonar la lactancia materna ha sido el trabajo materno indique qué situación se parece más a la suya (puede marcar varias opciones)
		- Ha dejado de dar el pecho por completo porque el horario era muy difícil de compaginar (turnos, guardias…)
		- Ha dejado de dar el pecho por completo porque no se iba a poder sacar la leche en el trabajo
		- Ha dejado de dar el pecho por completo porque el trabajo tiene riesgos para la Lactancia Materna
		- Ha dejado de dar el pecho por completo por decisión propia
		- Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja…)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique la cantidad media aproximada de cada biberón: < de 90 ml 90 a 120 ml

 De 121 a 150 ml De 151 a 180 ml De 181 a 210 ml De 211 a 240ml

> de 241 ml

* ¿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 la Sección 4*

* 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
* Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
* Otra, detalle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ biberones
* Indique la cantidad aproximada de cada biberón: < 90 ml 90 a 120 ml

 De 121 a 150 ml De151 a 180ml De 181 a 210 ml De 211 a 240m >241ml

* ¿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.-1: ¿Cómo está progresando la lactancia materna?:**

* + Muy bien
	+ Bien
	+ Regular
	+ Mal

**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, por la tarde y por la noche
* Se saca la leche en casa
* Se saca la leche en el trabajo
* Ya tenía una reserva de leche extraída
* Solo le da el pecho dos veces al día
* 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 biberones de leche extraída que yo llevo
* No se habla del tema
* Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.-4: ¿Cómo gestiona el hecho de tener que dar el pecho en público si tiene que hacerlo?:**

* Procura no hacerlo, le da mucha vergüenza
* Lo hace de forma discreta, procura taparse
* Lo hace cuando hace falta, faltaría mas

**4.- SECCIÓN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**4.-1: Edad de introducción de los diferentes alimentos indicada en meses (pueden incluirse meses enteros y fracciones; por ejemplo: 7 meses y medio, 8 meses, etc.).**  **Si aún no se ha introducido el alimento, anotar: "No iniciado". Si ya se anotó la edad de introducción en visita previa; Anotar: “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:- Responda por favor, a algunas preguntas acerca de la alimentación de su hijo/ hija escogiendo la que más se aproxime a su situación actual:**

* 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 adaptada) 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)
1. 2 3 4 5 6 > de 6
* 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? (pueden incluirse meses enteros y fracciones como: 7 meses; 8 meses y medio etc.)\_\_\_\_\_\_\_
	+ Come con más frecuencia alimentos parcialmente troceados que purés o papillas
		- En caso afirmativo: ¿A qué edad comenzó a comer habitualmente alimentos troceados? (pueden incluirse meses enteros y fracciones como: 7 meses, 8 meses y medio etc.) \_\_\_\_\_
* ¿Qué tipo de comida come?
	+ Come habitualmente de la misma comida de la familia, salvo excepciones
	+ Come una comida especialmente preparada para él /ella
* Autonomía en la comida: ¿Cómo come?
	+ Solo/a (come por sí mismo/a prácticamente todo)
	+ Con ayuda (Una parte come solo/a, otra se la da otra persona)
	+ Le da alguien de comer toda la comida
* ¿Quién le ayuda o le da de comer de forma habitual?

*La respuesta puede ser múltiple*

* + Madre
	+ Padre
	+ Abuelos
	+ Otro familiar
	+ Persona contratada
	+ Depende del horario
	+ No pertinente. Como solo/a sin ayuda
	+ Otra detalle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Come a la misma hora y en la mesa con la familia?
	+ Si habitualmente
	+ A veces
	+ Casi nunc
	+ Nunca
	+ Otra detalle\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Cuál es la comida que más le gusta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Tiene problemas para dar de comer a su hijo/a?
	+ Si No

En caso afirmativo, escoja lo que más se ajuste a su caso:

*Posibilidad de escoger más de una opción*

* + - Nunca quiere comer:
* Nunca tiene hambre
* No quiere comer nunca algún/algunos alimentos

En caso de que elija esta opción, diga cuál/cuales (leche, fruta…) \_\_\_\_

* No quiere comer a alguna hora:

Si elige esta opción, escoja lo que más se ajuste a su caso (puede elegir varias)

* + Desayuno
	+ Comida
	+ Merienda
	+ Cena
* ¿Cree que su hijo/a come demasiado y no es capaz de decirle que no?:
* Si No
* Quién toma las decisiones sobre el menú principal del niño/a
	+ Madre
	+ Padre
	+ Padre y madre
	+ Abuelas/os
	+ Otro familiar
	+ Persona contratada
* ¿Cómo toma los líquidos habitualmente?
	+ Biberón Taza o vaso

**4.-3: Escala Adaptada del estudio ENALIA Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas** Señale la frecuencia con la que su hijo/a consume los siguientes alimentos

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | >1vezdía | 1vezdía | 4-6vsemana | 2-3vsemana | 1vsemana | 1-3vmes | Nunca |
| Pan  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cereales para papilla |  |  |  |  |  |  |  |
| Cereales de desayuno |  |  |  |  |  |  |  |
| Bollería industrial |  |  |  |  |  |  |  |
| Verduras y Ensaladas |  |  |  |  |  |  |  |
| Legumbres |  |  |  |  |  |  |  |
| Patatas |  |  |  |  |  |  |  |
| Fruta fresca  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zumo natural |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne fresca (ternera, cerdo, cordero.) |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne fresca (Pollo o pavo) |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiambres (jamón york ,,pavo) |  |  |  |  |  |  |  |
| Embutidos (chorizo, salchichón. |  |  |  |  |  |  |  |
| Pescado blanco(merluza, bacalao, lenguado, gallo) |  |  |  |  |  |  |  |
| Pescado azul (sardina, boquerón anchoa) |  |  |  |  |  |  |  |
| Leche vaca  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leche de fórmula (continuación, crecimiento)  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros tipos de leche (sin lactosa, soja…) |  |  |  |  |  |  |  |
| Queso |  |  |  |  |  |  |  |
| Yogur |  |  |  |  |  |  |  |
| Huevos |  |  |  |  |  |  |  |
| Azucar |  |  |  |  |  |  |  |
| Dulces, chuches |  |  |  |  |  |  |  |
| Batidos envasados  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zumos industriales |  |  |  |  |  |  |  |
| Chocolate |  |  |  |  |  |  |  |

**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:

madre padre ambos abuelos otro familiar

cuidador contratado guardería escuela infantil

* Si la madre del bebé trabaja; indique la edad que tenía el bebé cuando empezó a trabajar.
	+ Ya respondida em visitas previas Edad en meses\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Si acude a guardería o escuela infantil (asistencia de más de 2 horas al día mas de 3 días a la

semana) Edad de inicio\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Está satisfecha con los progresos en el crecimiento del niño (a)?:
	+ Muy satisfecha Satisfecha Parcialmente satisfecha

Insatisfecha Muy insatisfecha

* Su bebé ¿usa chupete? Si 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indique por favor dónde 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>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hitos del desarrollo** | **No adquirido** | **Si adquirido**  | **No valorable** |
| **Busca objeto caído** |  |  |  |
| **Come galleta u otro alimento** |  |  |  |
| **Juega a esconderse** |  |  |  |
| **Busca objeto desaparecido** |  |  |  |
| **Imita gestos sencillos** |  |  |  |
| **Colabora cuando le visten** |  |  |  |
| **Balbucea** |  |  |  |
| **Dice inespecíficamente “ma-ma/ pa-pa”** |  |  |  |
| **Comprende una prohibición** |  |  |  |
| **Reconoce su nombre** |  |  |  |
| **Comprende el significado de algunas palabras** |  |  |  |
| **Obedece órdenes por gestos** |  |  |  |
| **Cambia objetos de mano** |  |  |  |
| **Se quita un pañuelo de la cara** |  |  |  |
| **Realiza la pinza inferior** |  |  |  |
| **Realiza la pinza superior** |  |  |  |
| **Señala con el índice** |  |  |  |
| **Reacciones paracaidísticas laterales** |  |  |  |
| **Sedestación estable**  |  |  |  |
| **Se mantiene de pie con apoyo** |  |  |  |
| **Se sienta solo** |  |  |  |

**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/en 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 6 meses hasta hoy:**

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

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

* ¿Ha tenido algún otro tipo de problemas como?: (puede elegir varias respuestas)

Regurgitaciones Vómitos Estreñimiento Muguet

 Intolerancia alimentaria No ha tenido ninguno Si otros detalle\_\_\_\_\_\_\_

**5.-5:** Registrar el número de episodios padecidos de las siguientes patologías desde la visita de los 6 meses. 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 |  |
| Sinusitis  |  |
| Neumonia |  |
| Otras  |  |

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

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

* No la ha tomado nunca

- La ha tomado muy irregularmente

* La tomó durante \_\_\_\_\_\_\_\_meses (escribir en números enteros)
* Aun la toma y la recomendaré hasta los :\_\_\_\_\_\_\_\_meses
* **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-6**](https://tinyurl.com/LAyDI-PAPenRED-6)