



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO MAMI

Información básica														
Nombre del/la lactante						Fecha de inscripción		___/___/___						
						N.º de identificación								
Nombre de la persona cuidadora principal						Fecha de nacimiento		___/___/___						
						Sexo		masculino		femenino				
Teléfono de contacto 1					Teléfono de contacto 2									
Dirección	Provincia:				Distrito:				Aldea:					
Detalles/señas de la casa														
Número de visita					Admisión (0)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fecha														
Edad en meses														

Seguimiento: Evolución clínica del/la lactante

Signo de peligro													
Edema													
Episodio de la enfermedad (Sí, describir/No)													
Clínicamente bien y alerta													

Seguimiento: crecimiento/estado nutricional

Peso (kg)													
Cambio de peso (g/kg/día)													
Puntuación Z (peso-edad P/E)													
Longitud (cm)													
Puntuación Z (peso-longitud P/L)													
Perímetro braquial del/la lactante (mm)													
Perímetro braquial de la madre (mm)													
*CAMBIO DE PESO: Si no presenta un aumento de peso adecuado, valorar la posibilidad de repetir la evaluación o referir a atención hospitalaria. (insuficiente, igual o menor a 5 g/kg/día; adecuado, igual a 5 - 10 g/kg/día; bueno, igual o mayor de 10 g/kg/día)													

Seguimiento: alimentación

Situación de lactancia (lactancia exclusiva/mixta/no amamantado/a NA)													
¿Al menos 8 - 12 tomas cada 24 horas? (S/N)													
¿Al menos 5 - 6 pañales mojados cada 24 horas (orina)? (S/N)													
¿Al menos dos pañales sucios cada 24 horas (deposiciones)? (S/N)													
¿Sensación de comodidad en senos y pezones? (S/N)													
No amamantado/a o alimentación mixta: ¿consume fórmula infantil segura y adecuada? (S/N)													
¿Alguna inquietud respecto a la alimentación? (S/N)													

Seguimiento: salud mental materna

¿Cómo se siente en comparación con la última visita? (-, 0, +)													
¿Poco interés o gusto por hacer las cosas? (0, 1, 2, 3)													
¿Sensación de tristeza, depresión o desesperanza? (0, 1, 2, 3)													
Puntuación total de las preguntas 2 y 3:													
Si la puntuación total de las preguntas 2 y 3 es de 3 o más, repetir la evaluación de salud mental materna MAMI y referir en función del resultado.													

PRÓXIMA VISITA Y RESULTADOS PRINCIPALES

Nombre de la persona examinadora													
Resultado de la visita													
Fecha de la próxima visita													
Códigos de resultados: C = asistencia a la clínica; A = ausente; B = baja (ausencia durante tres visitas consecutivas); AH = referencia a atención hospitalaria; C = salida al cumplir los seis meses; X = fallecimiento													

Resumen de la visita y recomendaciones (ver la evaluación MAMI original para comprobar si se han abordado los problemas más importantes; comentar también posibles nuevas inquietudes)

Fecha	Acciones y orientación ofrecida	Fecha	Acciones y orientación ofrecida
— / — / —		— / — / —	
— / — / —		— / — / —	
— / — / —		— / — / —	
— / — / —		— / — / —	
— / — / —		— / — / —	

TEMAS para tratar con TODAS las personas cuidadoras (fecha en que se hizo y notas)

1. Relajación	(TODAS LAS VISITAS)
2. Llanto y sueño	
3. Cuidado cariñoso y sensible	
4. Apoyo familiar/paterno	
5. Planificación familiar	
6. Alimentación complementaria	

ACTUAR DECIDIR LA FRECUENCIA DE LAS PRÓXIMAS VISITAS DE SEGUIMIENTO (EVALUAR EN CADA VISITA):

Reducir la frecuencia cuando se den TODAS estas condiciones:	<input type="checkbox"/> Aumento de peso adecuado durante al menos dos semanas consecutivas (más de 5 g/kg/día) <input type="checkbox"/> Problemas clínicos resueltos (o en proceso de resolución) <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación resueltos (o en proceso de resolución) <input type="checkbox"/> Problemas de salud o salud mental materna resueltos (o en proceso de resolución) <input type="checkbox"/> Madre o persona cuidadora satisfecha con los progresos	quincenal → mensual
Mantener la frecuencia actual si se da UNA de las siguientes condiciones:	<input type="checkbox"/> Aumento de peso inadecuado (menos de 5 g/kg/día) <input type="checkbox"/> Signo o síntoma clínico continuo <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación continuos <input type="checkbox"/> Problema de salud materna continuo <input type="checkbox"/> La madre o persona cuidadora continúa teniendo inquietudes que precisan visitas periódicas o apoyo	quincenal → quincenal
Aumentar la frecuencia si se da UNA de las siguientes condiciones:	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso leve (fuera del periodo posnatal inmediato) <input type="checkbox"/> Aumento de peso inadecuado después de tres semanas (menos de 5 g/kg/día)	quincenal → semanal
Referir al hospital o a servicios especializados si se da UNA de las siguientes condiciones:	<input type="checkbox"/> Todo nuevo signo de peligro AIEPI → referencia URGENTE al hospital <input type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa <input type="checkbox"/> Empeoramiento de la inquietud relativa a la salud mental	

VISITA FINAL: RESULTADO A LOS 6 MESES DE EDAD

PASO 1: Evolución clínica del/la lactante	<input type="checkbox"/> lactante clínicamente sano/a	<input type="checkbox"/> nuevo problema clínico o en curso	<input type="checkbox"/> cualquier signo de peligro
PASO 2: Estado nutricional de la madre y el/la lactante	<input type="checkbox"/> sin signos de riesgo nutricional	<input type="checkbox"/> aptos para recibir servicios nutricionales, p. ej., puntuación Z P/L o P/E <-2 o <-3 perímetro braquial menor de 125 mm o 115 mm, o edema	-
PASO 3: Progreso en la alimentación del/la lactante	<input type="checkbox"/> sin signos de problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> problema de alimentación continuo	-
PASO 4: Salud mental materna	<input type="checkbox"/> sin inquietudes sobre la salud mental materna	<input type="checkbox"/> inquietud sobre la salud mental materna nueva o continua (puntuación 10 - 14)	<input type="checkbox"/> inquietud sobre la salud mental materna nueva o continuada (puntuación 15 o más)
Clasificar y referir (en caso de referencia, indicar dónde)	Si se han rodeado con un círculo todos los signos, referir a atención de la salud rutinaria y orientación en alimentación del/la lactante y del niño	Si se ha rodeado alguno de los signos con un círculo, referir a los servicios clínicos, nutricionales o de salud mental y apoyo psicosocial pertinentes	Si se ha rodeado alguno de los signos con un círculo, referir urgentemente al hospital o a servicios de salud mental y apoyo psicosocial especializados
	Otro (especificar):		