



FICHA PARA SOLICITAR LECHE EN POLVO MODIFICADA

Lugar:.....

Fecha:.....de.....de 200.....

Con el fin de promover la LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HASTA LOS SEIS MESES DE VIDA, se solicita la justificación de tal reemplazo.-

(A) DATOS GENERALES:

Apellido y Nombres:.....D.N.I.:.....

F.N.:.....P.N.:.....F.P.P.:.....

Embarazo:.....Parto Normal:.....Cesárea:.....

Maniobras Obstétricas:.....Forceps:.....

CAUSAS POR LA QUE NO PUEDE AMAMANTARSE A PECHO MATERNO

(B) CAUSAS DEL NIÑO:

1)- Recién nacido a término

Malformaciones Congénitas:.....Labio Leporino:.....

.....Fisura Palatina:.....

- Incremento deficitario del peso -

Edad:.....Peso:.....Percentilo:.....

- Patologías Neonatales -

Diagnóstico:.....

Tratamiento:.....

Adopción:.....

2)- Recién nacido pretérmino

Edad Gestacional:.....Internación Neonatal desde:...../...../.....

Hasta:...../...../.....breve historia clínica, diagnóstico:.....

Tratamiento:.....

Motivo por el cual no se mantuvo la lactancia materna durante la internación del niño:.....

Se otorga por 90 días según edad gestacional:

Con la lactancia materna:.....1 kg. Nombre comercial.....

Sin lactancia materna:.....2 kg. Cantidad:.....

(C) CAUSAS MATERNAS:

Deceso materno:.....Medicación:.....

Patología materna:.....

Patología mamaria:.....

(No se acepta "HIPOGALACTIA" como causa, ya que la misma tiene solución).-

El beneficio se otorga por 45 días de vida del niño y/o causa transitoria materna.-

.....

Firma

INSTRUCTIVO PARA LA FICHA PARA SOLICITAR LECHE EN POLVO MODIFICADA

OBJETIVOS:

Adhiriéndonos a los objetivos de la U.N.I.C.E.F. y O.M.S. de “lograr que para el año 2.000, el 60% de los niños menores de un año sean alimentados a PECHO MATERNO” y con el compromiso asumido por el Gobierno Nacional a favor de la madre y el niño.-

Con el apoyo educativo de nuestras afiliadas, sobre la alimentación de su hijo, el requerimiento a los profesionales, de justificar científicamente la necesidad de reemplazar la Lactancia Materna, estaremos participando en mejorar la salud de nuestros niños, disminuyendo la Mortalidad y Morbilidad Infantil.-

INSTRUCTIVO:

FICHA, se le entregará al afiliado que requiera la leche modificada, para niños mayores de 15 días de vida y menores de 45 días de vida, según Ficha de Solicitud Items (B) 1, (B) 2 o C.-

Será completado por médico pediatra o de cabecera en caso del interior.-

Recibido, pasará a Auditoría Médica para su autorización o no.-

Se archivará con la contestación, con tiempo de baja, será por duplicado en el interior, enviando el mismo a Casa Central para ser autorizado para agencias sin Auditoría Médica local o regional, en casos de ser auditada en el interior se enviará el duplicado ya auditado.-

Para Médico Auditor: en los Items (B) 1 y (C), el beneficio se otorga desde el nacimiento hasta los 45 días, ya que el Recién Nacido a Término puede recibir leche entera a partir de los mismos.-

LOS CRITERIOS SERÁN AMPLIADOS SEGÚN SE APRUEBE EL PLAN MATERNO INFANTIL, EN ESTUDIO.-

La ficha se entregará al afiliado conjuntamente con folletos educativos.-

Form. 05-573 (reverso)