BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19	F3.A1.LM5.PP Versión 1 Clasifica

N°	0. Nombre de la Regional del contrato	1. Nombre del Centro Zonal del contrato	2. Fecha del Acompañamiento	3. Nombre de la UCA/UDS	4. Código Cuentame UCA/UDS	5. Municipio de residencia del usuario	6. Nombres y Apellidos de quien atiende la llamada	7. Nombres y Apellidos del Usuario -a	8. Fecha de valoración nutricional	9. El niño-a fue atendido por el sector salud	10. Si la respuesta anterior fue "SI", responda ¿El usuario recibió tratamiento para la desnutrición aguda?	11 . ¿En la última semana el usuario ha presentado síntomas como tos o fiebre o gripa?	12. ¿En la última semana el niño-a ha presentado diarrea o vómito?	Identificación de signos físicos de desnutrició					
														13. ¿Ambos brazos o piernas del niño-a se ven muy delgados o están hinchados?	14. ¿Al niño-a se le marcan las costillas y a la vez se ve barrigón?	15. ¿El cabello del niño-a se cae fácilmente, está seco y cambió de color?	16. ¿La piel del niño-a se toma seca y se ve áspera ?	17. ¿ Ha notado usted si el niño-a llora o se enoja con facilidad?	18. ¿Ha notado usted si el niño- a prefire estar en quietud a otras actividades como jugar?
1	PUTUMAYO	LA HORMIGA	11/13/2020	PINGUINOS	868650010174	VALLE DEL GUAMUEZ	YENI APRAEZ	KEILA FLOREZ APRAEZ	3/5/2020	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	PUTUMAYO	LA HORMIGA	11/13/2020	PEQUEÑOS TRAVIESOS	868651131197	VALLE DEL GUAMUEZ	MARIA ELENA RECALDE SANTACRUZ	JOHAN SEBASTIAN CALDERON LUCITANTE	3/9/2020	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	PUTUMAYO	LA HORMIGA	11/27/2020	PEQUEÑOS TRAVIESOS	868651131197	VALLE DEL GUAMUEZ	MARIA ELENA RECALDE SANTACRUZ	JOHAN SEBASTIAN CALDERON LUCITANTE	3/9/2020	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

Información a reportar a la Entidad Administradora del Servicio (EAS)

Al finalizar las llamadas haga el recuento de datos e informe a la Entidad Administradora del Servicio los siguientes datos:

1. Total de usuarios-as que presentaron desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA	1
2. Total de usuarios identificados con desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA en la última toma nutricional de 2019	1
3. Total de usuarios identificados con desnutrición aguda moderada o severa en esta UDS/UCA en la toma nutricional de 2020	1
4. Total de usuarios-as atendidos por el sector salud	0
5. Total de usuarios-as que reciben tratamiento médico para la desnutrición aguda modera o severa	

6. Total de usuarios-as que presentaron tos o fiebre o gripa	
7. Total de usuarios-as que presentaron diarrea o vómito	
8. Total de usuarios-as que presenten 1 o más signos físicos de desnutrición aguda moderada o severa	
9. Total de usuarios a los que se indicó asistir a los servicios de salud por presentar 1 o más signos físicos asociados a la desnutrición aguda moderada o severa.	

Nombres y apellidos del Nutricionista	ARNOL PAYARES BERRIOS
Número de matricula profesional	MND06828

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ación de la Información:
Pública

n aguda		
19. E la última semana el niño- a no ha consumido los alimentos ofrecids en dia	20. ¿Realizó la orientación de trasladar al niño-a al servicio de salud?	21. Otras novedades y observaciones
NO	NO	la madrede la usuaria refiere que su hija nunca ha estado bajo de peso, manifiesta un error en el momento de toma de los datos antropometricos.
NO	NO	EL NIÑO SE ENCUENTRA EN ATENCION POR MADRE SUSTITUTA EN LA CIUDAD DE PASTO
NO	NO	LA MADRE SUSTITUTA QUE HA RECIBIDO LA ATENCION POR PARTE UNA NUTTRICIONISTA DE LA ENTIDAD DE SALUD DE SALUD, LA CUAL MANIFIESTA QUE EL USUARIO NUTRICIONALMENTE SE ENCUENTRA EEN BUENAS CONDICIONES. CON

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19	F3.A1.LM5.PP	4/22/2020
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

El propósito de la llamada es identificar y hacer seguimiento sobre posibles situaciones que afecten la salud y signos fisicos asociados a desnutrición aguda, los cuales pueden presenatrse en los ñiños-as en cualquier etapa de la vida. Es te documento va dirigido a los nutricionistas de las UDS/UCA/EAS para realizar el acompañamiento telefónico dando orientaciones claves y puntales a las familias para la identificación de signos de alarma en el hogar.

Nota 1: Este formato se aplica para todas las modalidades de atención a la primera infancia del ICBF.
Nota 2: Debe ser diligenciado por el nutricionista, para el servicio HCB integral este formato dee diligenciarlo el nutricionista y como minimo registrar una llamada al mes por cada caso. De acuerdo con la periodicidad establecida para seguimeinto nutricional en los manuales operativos de primera infancia.
Nota 3: Las preguntas marcadas en negrilla deben registrarse por UDS/UCA en el *Formulario web designado*
Nota 4: Tenga en cuenta el tiempo de duración de la llamada definido en el
A1.LM5.PP Anexo para la Prestación de los Servicios de Atención a la Primera Infancia del ICBF, Ante la Declaración de Emergencia Sanitaria COVID-19

0. Nombre de la Regional del Contrato: Seleccione el nombre de la regional donde se encuentra ubicada la UDS/UCA del contrato

1. Nombre del Centro Zonal del Contrato: Seleccione el nombre del centro zonal en el que se encuentra ubicada la UDS/UCA del contrato

2. Fecha de acompañamiento: Escriba en formato dd/mm/aaaa, la fecha en el que realiza el acompañamiento

3. Nombre de la UDS/UCA: Escriba de forma legible el nombre la UDS/UCA/GA sobre la cual se está diligenciando la información.

4. Código Cuentame UDS/UCA/GA: Indique el código númerico de la UDS/UCA/GA sobre la cual se está registrando la información.

5. Municipio de residencia del usuario: Escriba claramente el nombre del municipio, sin abreviaturas. Ejemplo: Santa Rosa de Lima

6. Nombres y Apellidos de quien atiende la llamada: Escriba el el nombre y apellidos completos de la persona que atienda la llamada, debe ser un adulto. Es preferible que esta llamada sea adelantada con el cuidador que se registra en el sistema de información Cuéntame.

7. Nombres y Apellidos del Usuario -a: Escriba el nombre y apellido completo del usuario, tal cual como se registra en el sistema de información Cuéntame.

8. Fecha de valoración nutricional: Registrar en el formato dd/mm/aaaa, ejemplo : 21/11/2019. La fecha en la que realizó o tiene registrado el último seguimiento nutricional el usuarioa. *NOTA:Tenga en cuenta que estas acciones de acompañameinto se tomará la base de datos del último seguimiento nutricional de los usuarios registrads en el sistema de información Cuéntame.*

9. El usuario fue atendido por el sector salud: Haciendo seguimiento a la atención en salud a los casos de desnutrición, responda SI o No. Para el caso especifico, el usuario ha recibido tratamiento para la desnutricón aguda o se encuentra consumiendo fórmula terapeutca lista para el consumo - FTLC.

10. Si la respuesta anterior fue "Si", responda ¿El usuario recibió tratamiento para la desutrición aguda?: Indague si el usuario-a se encuentra consumiendo FTLC, fórmulada por su IPS. Responda Si o No.

11. ¿En la última semana el usuario ha presentado sintomas como tos o fiebre o gripa?: Indague con quien se establezca comunicación telefónica, por algun síntoma relacionado con tos, fiebre o gripa. Resalte que la pregunta va dirigida a la semana anterior a la llamada o la que está en curso. Tenga en cuenta que estos síntomas también se relacionan con COVID 19.

12. ¿En la última semana el usuario ha presentado diarrea o vómito?: Indague con quien se establezca comunicación telefónica, por síntomas relacionados con diarrea o vómito. Resalte que la pregunta va dirigida a la semana anterior a la llamada o la que está en curso.

Identificación de signos fisicos de desnutrición aguda*

* Para realizar estas preguntas de manera clara, revise las orientaciones que se dan para la socialziación con el interlocutor de estas preguntas, en donde se encuentran los signos de peligro relacionados con densutrición aguda.

13. ¿Ambos brazos o piernas del niño-a se ven muy delgados o están hinchados?: Seleccione "SI" luego de verificar que sean **ambos** brazos o piernas que se observen muy delgados o hinchados, en caso que responda un solo brazo o pierna, seleccione "NO".

14. ¿Al niño-a se le marcan las costillas y a la vez se ve barrigón?: Seleccione "SI" luego de verificar que se presenten **ambas** condiciones , en caso que responda una sola condición, seleccione "NO".

15. ¿El cabello del niño-a se cae fácilmente, está seco y cambió de color?: Indague si al niño-a ha tenido **cambios** en su cabello presentando estos signos, en este caso seleccione "SI", de lo contrario seleccione "NO".

16. ¿La piel del niño-a se torna seca y se ve áspera?: Seleccione "SI" luego de verificar que se presenten ambas condiciones , en caso que responda una sola condición, seleccione "NO".

17. ¿ Ha notado usted si su niño-a llora o se enoja con facilidad?: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar si el niño-a se encuentra irritable.

18. ¿Ha notado usted si su niño- a prefire estar en quietud a otras actividades como jugar?: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar si el niño-a tiene signos de apatía

19. E la última semana el niño- a no ha consumido los alimentos ofrecidos en el día: Seleccione si o no, tras socializar brevemente con el interlocutor la forma de adecuada de identificar el consumo total o parcial de los alimentos servidos al niño-a o la lactancia materna.

20. ¿Realizó la orientación de trasladar al niño-a al servicio de salud?: Seleccione si o no, si orientó al interlocutor para dirigirsr al servicio de salud con el niño-a, tras identificar los signos de alarma.

21. Otras novedades y observaciones: Hacer uso de este espacio para registrar información relacionada con indicaciones a la familia para asistir a los servicios de salud de acuerdo con la identificación de signos y sintomas, asociados con la desnutrición aguda.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19**	**F3.A1.LM5.PP**	**4/22/2020**
		Versión 1	**Página 1 de 1**
		Clasificación de la Información: Pública	

INDICACIONES PARA LA REVISIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN AGUDA.

Según la estrategia AIEPI comunitario, se deben reconocer las señales de peligro en los niños-as ante una efermedad que requieren atención por el sector salud, con el fin de conservar su vida e integridad física, estos signos se encuentran descritos en la práctica 16: *Identificar signos de peligro Mensaje clave: Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud* , a través de los siguientes mensajes de apoyo. Si al comunicarse con la familia, se identifica alguna de las condiciones que se relacionan a continuación, oriente a quién recibe la llamada a que se dirija al servicio de salud en el menor tiempo posible y acatando las recomendaciones para prevenir el contagio del COVID -19 impartidas por las entidades de salud competentes.

• Hay enfermedades que necesitan ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por SEÑALES DE PELIGRO, que es necesario reconocer para saber cuándo BUSCAR AYUDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA:** El niño respira rápida y agitadamente; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE DESHIDRATACIÓN (VÓMITO Y DIARREA):** Si el niño tiene diarrea muchas veces al día, a veces con sangre y moco, a veces acompañadas de vómitos, llora sin lágrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos, no mama o no quiere la leche materna o no quiere comer, no se mueve normalmente y no se despierta.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE FIEBRE:** El niño está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado. Tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones en la piel sin haber tenido golpes o caidas.

• **SEÑALES DE PELIGRO DE MUERTE:** Si el niño no quiere mamar o no quiere la leche materna, no se quiere despertar, le dan “ataques” o convulsiones, vomita todo lo que come, respira agitado y con ruidos y tiene alguna señal de deshidratación se debe llevar urgentemente al establecimiento de salud. Si es un recién nacido, además de los anteriores se debe observar si el bebé tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor.

Para las preguntas relacionadas con el estado de la piel, uñas, cabello, irritabilidad, apetito, estado de ánimo, dirijase al **Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad - Tabla 2. signos clínicos de la desnutrición aguda severa.**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA