

## INFORME DE JUSTIFICACIÓN

### LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL ALTA DELSERVICIO GINECO- OBSTÉTRICO

#### I. Antecedentes Generales

Nº de ficha Madre: \_\_\_\_\_ Fecha reporte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes de la madre e Hijo(a):

Nombre Madre: \_\_\_\_\_ RUN (o documento de identidad) \_\_\_\_\_

Semanas de gestación: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Nombre Hijo(a): \_\_\_\_\_ RUN (en caso de tener): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento hijo(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso egreso (g): \_\_\_\_\_ Talla egreso (cm): \_\_\_\_\_

Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Día egreso: \_\_\_\_\_ Edad al egreso: \_\_\_\_\_

#### II. Tipo de alimentación al alta hospitalaria (LM: lactancia materna; FL: formula láctea):

LM + FL  FL

#### III. Criterio médico para suspender la Lactancia Materna Exclusiva:

i. Morbilidad obstétrica graves

ii. Enfermedades médicas graves:

Señale según corresponda la(s) patología(s) u condición que llevaron a suspender la lactancia materna.

Psicosis	Hepatitis C (si carga viral es mayor a 105/ml)
Depresión grave	Hepatitis B
Bacilífera activa	Enfermedades maternas graves (ejemplo madre en UCI)
Macroadenoma hipofisiario	Infección por herpes simple con lesiones activas
Casos severos de miastenia gravis	Tuberculosis materna activa
Neoplasias en tratamiento quimioterápico	Quimioterapia materna (citotóxicos)
Yodo radioactivo	Uso de medicamentos contraindicados en la lactancia, sin los cuales la mujer puede presentar alteraciones graves de salud (ejemplo: carbonato de litio)
Consumo activo de sustancias tóxicas: drogas en general, pasta base, cocaína y otras (especificar): _____	

iii. Lactante susceptible a adopción



iv. **Hijo/a** (marcar la alternativa que corresponda):

- A. Galactosemia clásica
- B. Enfermedades de orina en jarabe de arce.
- C. Fenilcetonuria
- D. Otro (especificar): \_\_\_\_\_

v. Otro(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. **Describa brevemente la causa que justifica la indicación de fórmula láctea administrada de forma parcial o total:**

V. **Mencione los documentos que adjunta a este registro para evidenciar las acciones realizadas por el Hospital o unidad (anamnesis, registro de clínicas de lactancia, entre otros):**

VI. **Contrarreferencia** (Derivación a APS): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Datos del Profesional responsable que indica fórmula láctea:**

Nombre: \_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**Encargado/a Meta Sanitaria LME Hospitalario o Encargado del Comité de lactancia del Hospital:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nota: Elaborar este informe al momento del egreso hospitalario del Servicio de Gineco-Obstétrico de púerperas con recién nacido vivo.