

# Formulario de Antropometría neonatal

**Cohorte INMA - Valencia**

**IDNUM NIÑO:** \_\_\_\_\_ **IDPREINCLUSION:** \_\_\_\_\_

PEGAR PEGATINAS

**FECHA EXPLORACIÓN:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**HORA DE EXPLORACIÓN:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs. (Pediatra)

**NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LAS MEDICIONES:** \_\_\_\_\_

**Edad gestacional**    (semanas.días) Ecografía  F.U.R

**Finnstrom**    **(RNPT)**

**PESO**     **gr** Enfermera  Pediatra

**TALLA**    **cm** Enfermera  Pediatra

**PERÍMETRO CEFALICO**    **cm** Enfermera  Pediatra

**PERÍMETRO ABDOMINAL**    **cm** Enfermera  Pediatra

**Comentarios**

---



---



---



---

