

# FORMULARIO ANTROPOMETRÍA NEONATAL

IDNUM NIÑO:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Cohorte: ASTURIAS
NOMBRE NIÑO:		
FECHA EXPLORACIÓN:	____ / ____ / ____	Examinador: _____

- 1) FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    2) HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_
- 3) EDAD GESTACIONAL:    -  POR FUR/ECO      -  POR BALLARD (RNPT)
- 4) SEXO:    NIÑA     NIÑO     5) APGAR: \_\_\_\_\_
- 6) PRESENTACIÓN:    CEFALICA     NALGAS     OTRO \_\_\_\_\_
- 7) PARTO: EUTÓCICO     INSTRUMENTAL     MOTIVO CESÁREA \_\_\_\_\_  
 INICIO:    ESPONTANEO     INDUCIDO
- 8) AMNIORREXIS:    ESPONTANEA     ARTIFICIAL
- 9) LIQUIDO AMNIOTICO:    NORMAL     OTRO \_\_\_\_\_

10) PESO:        grs.    PESO AL ALTA:        grs.

10) TALLA:       cm.

8) PERÍMETRO CEFÁLICO (PC):       cm.

9) PERÍMETRO ABDOMINAL (PA):       cm.

10) PERÍMETRO BRAQUIAL (PB):       cm.

<u>Gasometría y hematocrito de cordón umbilical</u>		
Hto de cordón: _____ %		
Gasometria	Art. Umbilical	Vena umbilical
pH		
pCO <sub>2</sub>		
pO <sub>2</sub>		
E.B		

<u>Diagnósticos al alta / Malformaciones:</u>
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_