
	VISITA DOMICILIARIA DE INGRESO PARA MADRES DONANTES DEL PROGRAMA BLH	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRIAM-037	06 DE MAYO DE 2020	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	06 DE MAYO DE 2020	
		HOJA: 1 DE: 3		

OBJETIVO: Verificar criterios de inclusión a madres lactantes con excedente de leche humana para ingresar como nueva donante

FECHA DE VISITA: Día _____ Mes _____ Año _____

IDENTIFICACIÓN DE LA POSIBLE DONANTE:

Nombres y Apellidos:

No. Identificación: _____ **Edad:** _____



Dirección: _____

Celular: _____ **Municipio:** _____

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA



1. CONDICIONES FÍSICAS E HIGIÉNICAS DE LA VIVIENDA	SI	NO
¿Cuenta con un espacio adecuado e higiénico para la recolección de leche humana?		
¿El espacio se encuentra libre de vectores?		
¿El espacio se encuentra libre de posibles contaminantes: detergentes, fungicidas, jabones, Etc.?		
¿El espacio para la recolección se encuentra limpio?		
¿La posible donante cuenta con lavamanos?		
¿Cuenta con sistema de refrigeración?		

2. CONDICIONES PERSONALES DE LA POSIBLE DONANTE	SI	NO
¿Posible donante con excedente de leche humana?		
¿Se evidencia adecuada higiene de la donante?		
¿La posible donante se encuentra en buenas condiciones de salud y nutricional?		
¿El hijo o hija de la posible donante se encuentra en buenas condiciones de salud?		
¿Cuenta con exámenes de Laboratorio negativos para VIH, Serología y Hepatitis B?		
¿Se ha realizado tatuajes durante el último año?		
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas durante el último año?		
¿Toma algún medicamento?		
¿Consume sustancias psicoactivas, alcohol o más de cinco (5) cigarrillo al día?		
¿La posible donante manifiesta utilizar recolectores para la leche humana?		

	VISITA DOMICILIARIA DE INGRESO PARA MADRES DONANTES DEL PROGRAMA BLH	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRIAM-037	06 DE MAYO DE 2020	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	06 DE MAYO DE 2020	
		HOJA: 2 DE: 3		

EVALUAR LACTANCIA MATERNA

OBSERVACIÓN DEL AMAMANTAMIENTO	
MADRE	
<input type="checkbox"/> Se la ve relajada	<input type="checkbox"/> Se la ve enferma o deprimida
<input type="checkbox"/> Esta cómoda	<input type="checkbox"/> Esta tensa o incomoda
<input type="checkbox"/> Está presente el vínculo afectivo madre/bebé	<input type="checkbox"/> No está presente el vínculo afectivo madre/bebé
BEBÉ	
<input type="checkbox"/> Se lo ve saludable y bien nutrido	<input type="checkbox"/> Se lo ve somnoliento o enfermo
<input type="checkbox"/> Está calmado y relajado	<input type="checkbox"/> Está inquieto o llorando
<input type="checkbox"/> Busca el pecho si tiene hambre	<input type="checkbox"/> No busca el pecho
PECHOS	
<input type="checkbox"/> Están sanos	<input type="checkbox"/> Estan enrojecidos o hinchados
<input type="checkbox"/> No presenta dolor o molestias en el pezón	<input type="checkbox"/> Presentan dolor o molestia en los pezones
<input type="checkbox"/> Pezón protuye es protáctil	<input type="checkbox"/> Pezón plano no es retráctil
POSICION DEL BEBÉ DURANTE LA LACTANCIA	
<input type="checkbox"/> La cabeza y el cuerpo estan alineados	<input type="checkbox"/> El cuello y la cabeza estan torcidos
<input type="checkbox"/> Esta en contacto con el cuerpo de la madre	<input type="checkbox"/> El bebe no esta en contacto
<input type="checkbox"/> Todo el cuerpo del bebe esta sostenido	<input type="checkbox"/> Solo la cabeza y el cuello estan sostenidos
<input type="checkbox"/> Aproximación al pecho, nariz al pezón	<input type="checkbox"/> Aproximación al pecho, labio inferior/menton al pezón
AGARRE DEL PECHO	
<input type="checkbox"/> La boca del bebé esta bien abierta	<input type="checkbox"/> La boca no esta muy abierta
<input type="checkbox"/> Labio inferior hacia afuera	<input type="checkbox"/> Labios hacia adentro o hacia adelante
<input type="checkbox"/> El mentón y la nariz estan cerca del seno	<input type="checkbox"/> El mentón y la nariz estan lejos del seno
SUCCIÓN	
<input type="checkbox"/> Succiones lentas, profundas, con pausas	<input type="checkbox"/> Succiones rápidas y superficiales
<input type="checkbox"/> Las mejillas del bebe estan redondeadas	<input type="checkbox"/> Mejillas no se inflan
<input type="checkbox"/> Vaciamiento del seno	<input type="checkbox"/> Madre retira al bebé del pecho y no hay vaciamiento
DEGLUCIÓN	
<input type="checkbox"/> Se escucha y se siente que traga	<input type="checkbox"/> No se escucha que traga
<input type="checkbox"/> La lengua esta acanalada	<input type="checkbox"/> La lengua esta plana o la protuye

	VISITA DOMICILIARIA DE INGRESO PARA MADRES DONANTES DEL PROGRAMA BLH	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	
		FRIAM-037	06 DE MAYO DE 2020	
		VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		01	06 DE MAYO DE 2020	
		HOJA: 3 DE: 3		

Observaciones durante la visita:

Recomendaciones:

DONANTE EFECTIVA:

SI

☐

NO

☐

FIRMA USUARIA:

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VISITA:
