**INFORME DE ACCIONES REALIZADAS A NIÑAS Y NIÑOS IDENTIFICADOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA**

En el componente de alimentación y nutrición se realizan acciones de evaluación y seguimiento del estado nutricional de las niñas y los niños, las cuales están dirigidas a identificar las alteraciones del estado nutricional como la malnutrición por déficit y/o exceso, realizar los procesos de gestión, articulación y canalización para la atención de la desnutrición aguda por parte del sector salud, orientar acciones de educación alimentaria y nutricional con las familias desde el enfoque preventivo y que faciliten la promoción y apropiación de hábitos y prácticas de vida saludables, encaminadas a prevenir el deterioro del estado nutricional de las niñas y los niños.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEGUIMIENTO NUTRICIONAL NIÑAS Y NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA** | | |
| FECHA DE SEGUIMIENTO (DÍA/MES/AÑO): | | |
| **DATOS BÁSICOS** | **NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE:** |  |
| **NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** |  |
| **SEDE DE ATENCIÓN:** |  |
| **GRUPO ETARIO:** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** |  |
| **EDAD EN AÑOS Y MESES:** |  |
| **ANTROPOMETRÍA** | **PESO:** |  |
| **ESTATURA:** |  |
| **PERIMETRO BRAQUIAL:** |  |
| **PERIMETRO CEFALICO:** |  |
| **INDICADORES** | **P/T:** |  |
| **T/E:** |  |
| **SEGUIMIENENTO** | **¿CUÁNTOS SEGUIMIENTOS SE HAN REALIZADO?** |  |
| **AFILIACIÓN A SALUD (MARCAR CON X):** | SI:\_\_ NO: \_\_ |
| **TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD (MARCAR CON X):** | CONTIBUTIVO: \_\_ SUBSIDIADO: \_\_ VICULADO PPNA: \_\_  ESPECIAL: \_\_ |
| **NOMBRE DE EPS O ENTIDAD DE SALUD:** |  |
| **¿EL PARTICIPANTE PRESENTA DISCAPACIDAD?** | SI:\_\_ NO: \_\_ |
| **¿SEGÚN LA PREGUNTA ANTERIOR CUAL PRESENTA?** | ACONDROPLASIA: \_\_ SINDROME DE DOWN: \_\_ PARALISIS CI: \_\_ |
| **¿SE ENTREGA CANALIZACIÓN FÍSICA A LA FAMILIA? (MARCAR CON X) - (ANEXAR FOTO DE LA CANALIZACIÓN AL FINAL DE ESTE INFORME):** | SI:\_\_ NO: \_\_ |
| **¿LA ATENCIÓN FUE EFECTIVA POR SALUD? (MARCAR CON X):** | SI: \_\_ NO: \_\_ YA ESTA ATENDIDO EN SALUD: \_\_\_  Si la respuesta es “ya está atendido por salud” describa las atenciones que ha recibido, adjuntar los soportes de la atención en salud, si se cuenta con ellos: |
| **"SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE “NO”, ¿SE NOTIFICÓ AL CONSEJERO NUTRICIONAL DEL PROYECTO NUTRIR PARA SANAR, SANAR PARA CRECER? (MARCAR CON X):"** | SI: \_\_ NO: \_\_  MENCIONE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS: |
| **¿HUBO HOSPITALIZACIÓN? (MARCAR CON X):** | SI:\_\_ NO: \_\_ |
| **¿RECIBE COMPLEMENTACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD DE SALUD? (MARCAR CON X):** | SI:\_\_ NO: \_\_ |
| **SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE “SI”, ¿QUÉ COMPLEMENTACIÓN RECIBE?** |  |
| **SE REALIZÓ DILIGENCIAMIENTO DE DATOS EN EL MÓDULO ADMINISTRATIVO PARA EL REPORTE DE PARTICIPANTES CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA AL SIVIGILA** | SI: \_\_ NO: \_\_ NO APLICA: \_\_ |
| **¿EL PARTICIPANTE RECIBE RACIÓN ALIMENTARIA POR PARTE DEL PROYECTO BUEN COMIENZO 365? (MARCAR CON X)** | SI: \_\_ NO: \_\_ NO APLICA: \_\_ |
| **¿EL PARTICIPANTE RECIBE RACIÓN ALIMENTARIA POR PARTE DEL PROGRAMA NUTRIR PARA SANAR, SANAR PARA CRECER? (MARCAR CON X):** | SI: \_\_ NO: \_\_ |
| **SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE “SI”, ¿QUÉ TIPO DE RACIÓN ALIMENTARIA RECIBE? (MARCAR CON X):** | A: \_\_ B: \_\_ C: \_\_ D: \_\_ F: \_\_ |
| **¿CAMBIÓ SU ESTADO NUTRICIONAL, CON RELACIÓN AL SEGUIMIENTO ANTERIOR? (MARCAR CON X):** | SI:\_\_ NO: \_\_ |
| **SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE “SI”, ¿CUÁL ES EL NUEVO DIAGNÓSTICO?** | DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA: \_\_  DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA: \_\_  RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA: \_\_  ADECUACIÓN: \_\_  RIESGO DE SOBREPESO: \_\_  SOBREPESO: \_\_  OBESIDAD: \_\_ |
| **DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL** | **ASPECTOS ALIMENTARIOS: (consumo de alimentos, rechazos, intolerancias, cultura alimentaria, entre otros).** |  |
| **ASPECTOS BIOQUIMICOS:** |  |
| **ASPECTOS CLINICOS:** |  |
| **DEVOLUCIÓN A LAS FAMILIAS: ASPECTOS ABORDADOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PARTICIPANTE:** |  |
| **¿SE REALIZÓ SOCIALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO CON TALENTO HUMANO? (MARCAR CON X):** | SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_ |
| **ASPECTOS ECONÓMICOS:** |  |
| **ASPECTOS FAMILIARES:** |  |
| **ASPECTOS PSICOSOCIALES:** |  |
| **ACCIONES REALIZADAS POR EL NUTRICIONISTA** | **MEDIO POR EL CUAL SE REALIZÓ EL SEGUIMIENTO** | VISITA AL HOGAR\_\_\_\_\_\_\_\_  ASESORIA\_\_\_\_\_\_\_  ACOMPAÑAMIENTO TELEFONICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ACOMPAÑAMIENTO VIA WHATSAPP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DESCRIBA LAS ACCIONES REALIZADAS** | Especificar los temas tratados con las familias para mejorar el estado nutricional del participante, las acciones de enriquecimiento de las preparaciones, seguimientos a la atención en salud, y demás actividades realizadas por el nutricionista: |
| **ACTIVACIÓN DE RUTAS POR PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS O INOBSERVANCIA** | SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_  **ESPECÍFICAR CUÁL:** |
| **EVIDENCIA DE REMISIÓN** |  | |
| **PANTALLAZO DEL CARGUE DE DATOS AL MODULO DE NUTRICIÓN SIBC** |  | |
| **OBSERVACIONES GENERALES** | En los casos excepcionales en los cuales no se logra realizar el seguimiento en la periodicidad establecida, especificar las razones, acciones y gestión realizada. | |
| **COMPROMISOS ESTABLECIODS CON LAS FAMILIAS** | Compromisos establecidos con las familias. | |

Nombre del agente educativo nutricionista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Matricula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_