ANEXO N° 2. Reporte mensual de pacientes que recibieron nutrición parenteral con multivitamínicos pediátricos

Datos del paciente			Condición clínica del paciente* (marcar una)			Información adicional del paciente apto a recibir el medicamento			Datos de tratamiento (nutrición parenteral)		Información al termino de nutrición parenteral:				Nombre y Firma médico tratante
Apellidos y Nombres	N° de HC[a]	N° autogenerado	Prematuros ≤ 32 sem y/o < 1500g	RN[b] a término o Prematuros > 32 sem, con GI[c] u otros, no uso de la NE[d]	RN o lactantes desnutridos	Peso al nacer	Edad (días/ meses)	Estado nutricional*	Fecha de inicio	Fecha de término	Estado nutricional*	Evaluación de crecimiento talla y PC[e]	Dosaje de Hb[f]	Enf. Colestásica **	

[a]HC: Historia clínica, [b]RN: Recién nacido, [c]GI: Gastrointestinal,[d] NE: Nutrición enteral, [e] PC: Perímetro cefálico, [f]Hb: Hemoglobina
*Estado nutricional, según la tabla de la OMS y curvas de FENTON (adecuado>10il e inadecudo<10il), ** Bilirrubina directa >2mg/dl
NOTA: En este reporte mensual se deben considerar a los pacientes que se les dio de alta de la nutrición parenteral, es de manera mensual.

Firma y sello del Jefe de Servicio o Departamento