



INFORME DE JUSTIFICACIÓN

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL ALTA DELSERVICIO GINECO- OBSTÉTRICO

I. Antecedentes Generales

Nº de ficha Madre: _____ Fecha reporte: ____/____/____

Establecimiento de salud: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

Antecedentes de la madre e Hijo(a):

Nombre Madre: _____ RUN (o documento de identidad) _____

Semanas de gestación: _____ Tipo de parto: _____

Nombre Hijo(a): _____ RUN (en caso de tener): _____

Fecha de nacimiento hijo(a): ____/____/____ Peso egreso (g): _____ Talla egreso (cm): _____

Apgar: ____/____ Día egreso: _____ Edad al egreso: _____

II. Tipo de alimentación al alta hospitalaria (LM: lactancia materna; FL: formula láctea):

LM + FL FL

III. Criterio médico para suspender la Lactancia Materna Exclusiva:

i. Morbilidad obstétrica graves

ii. Enfermedades médicas graves:

Señale según corresponda la(s) patología(s) u condición que llevaron a suspender la lactancia materna.

Psicosis	Hepatitis C (si carga viral es mayor a 105/ml)
Depresión grave	Hepatitis B
Bacilífera activa	Enfermedades maternas graves (ejemplo madre en UCI)
Macroadenoma hipofisiario	Infección por herpes simple con lesiones activas
Casos severos de miastenia gravis	Tuberculosis materna activa
Neoplasias en tratamiento quimioterápico	Quimioterapia materna (citotóxicos)
Yodo radioactivo	Uso de medicamentos contraindicados en la lactancia, sin los cuales la mujer puede presentar alteraciones graves de salud (ejemplo: carbonato de litio)
Consumo activo de sustancias tóxicas: drogas en general, pasta base, cocaína y otras (especificar): _____	

iii. Lactante susceptible a adopción



iv. **Hijo/a** (marcar la alternativa que corresponda):

- A. Galactosemia clásica
- B. Enfermedades de orina en jarabe de arce.
- C. Fenilcetonuria
- D. Otro (especificar): _____

v. Otro(s) _____

IV. **Describa brevemente la causa que justifica la indicación de fórmula láctea administrada de forma parcial o total:**

V. **Mencione los documentos que adjunta a este registro para evidenciar las acciones realizadas por el Hospital o unidad (anamnesis, registro de clínicas de lactancia, entre otros):**

VI. **Contrarreferencia** (Derivación a APS): SI _____ NO _____

Datos del Profesional responsable que indica fórmula láctea:

Nombre: _____

RUN: _____ Profesión _____

Cargo: _____

Encargado/a Meta Sanitaria LME Hospitalario o Encargado del Comité de lactancia del Hospital:

Nombre: _____

Firma: _____

Nota: Elaborar este informe al momento del egreso hospitalario del Servicio de Gineco-Obstétrico de púerperas con recién nacido vivo.