

## Guía para la elaboración de un proyecto educativo: Promoción

MADRE	
<b>Apellido 1:</b>	
<b>Apellido 2:</b>	
<b>Nombre</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono fijo:</b>	
<b>Teléfono móvil:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	
<b>Lugar de residencia:</b>	

RECIÉN NACIDO	
<b>Apellido 1:</b>	
<b>Apellido 2:</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Edad en días:</b>	
<b>Peso al nacer:</b>	
<b>Semanas de gestación:</b>	
<b>Semanas de gestación:</b>	

Se entrega además una ficha técnica a rellenar por las madres para cumplimentar información relacionada

DATOS SOCIOECONÓMICOS:
<b>Estado civil:</b>
Soltera
Casada
En pareja
Otro
<b>Nivel de estudios:</b>
Primarios
Secundarios
Universitarios
<b>Profesión:</b>
<b>Trabajo fuera del hogar:</b>
SÍ NO
<b>Número de horas fuera del hogar:</b>

ANTECEDENTES PERSONALES		
<b>Médicos:</b>		
<b>Quirúrgicos:</b>		
<b>Alergias medicamentosas:</b>		
SÍ NO		
<b>Tóxicos:</b>		
SÍ NO		
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Nº embarazos/abortos/vivos:		
Lactancia materna hijos previos:		
SÍ NO		
Exclusiva:	Duración:	
Predominante:	Duración:	
Complementaria:	Duración:	
Recién nacido recibe lactancia materna de forma exclusiva:	SÍ	No
Estancia hospitalaria:	SÍ	No
Ingreso recién nacido en otra unidad:	SÍ	No
Ingreso madre en otra unidad:	SÍ	No
Valoración de una toma:	SÍ	No
Uso de biberones/tetinas:	SÍ	No
Uso de chupetes:	SÍ	No
Uso de pezoneras:	SÍ	No

ENCUESTA TELEFÓNICA:		
<b>Nº de días de vida del recién nacido:</b>		
<b>Recién nacido sano:</b>	SÍ	NO
<b>Tipo de alimentación:</b>		
Lactancia materna exclusiva:		
Lactancia materna predominante:		
Lactancia materna completa:		
Lactancia complementaria:		
Lactancia artificial:		
Abandono LME:	SÍ	NO
Momento y motivo del abandono:		
<b>Suplementos lactancia artificial:</b>		
SÍ NO	Número de biberones:	
Número de tomas:		
Prescripción por:		
Fecha:		
Motivo de introducción:		
<b>Lactancia artificial:</b>		
SÍ NO	Número de biberones:	
Prescripción por:		
Fecha:		
Motivo de introducción:		

<b>Complicaciones durante la lactancia:</b>	SÍ	NO
<b>Tipo de complicación:</b>		
Problemas con los pezones:		
Grietas:		
Ingurgitación:		
Mastitis:		
Producción inadecuada:		
Otras (indicar cuál):		
<b>Solicita ayuda:</b>	SÍ	NO
<b>Lugar:</b>		
<b>Centro de salud:</b>		
Hospital		
Grupos de apoyo lactancia		
Otros (¿cuál?)		
<b>Ayuda prestada por:</b>		
Pediatra		
Ginecólogo		
Matrona		
Enfermera		
Otro (¿cuál?)		
Apoyo familiar:	SÍ	NO
Clases posparto:	SÍ	NO
Grupos de apoyo:	SÍ	NO
Ayuda recibida ha sido útil:	SÍ	NO
Hubiera necesitado otro tipo de ayuda:	SÍ	NO
(¿cuál?)		
Señale que ayuda ha resultado mejor:		
Preparto		
Posparto		
Familiar		
Grupos de apoyo		
Otras		
¿Desea continuar con la lactancia materna?	SÍ	NO

Se pregunta por el grado de satisfacción de los cursos pre y posparto, sobre los conocimientos y prácticas ofrecidos por la matrona responsable de las charlas (evaluación del 1 al 10; 1, poco favorable, 10, muy favorable), su utilidad en la práctica (evaluación del 1 al 10), acondicionamiento de la consulta (Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala ), materiales proporcionados (Excelentes  Muy buenos  Buenos  Regular  Malos ), y duración de las sesiones (Demasiadas  suficientes  pocas  muy pocas ).