

## ANEXO P: Hallazgos de la evaluación: Formatos de registro de los procesos de procura, procesamiento y fraccionamiento y distribución

Figura P1: Formato para la inscripción de la donante del proceso de procura

 		Formato 01	
<b>FORMULÁRIO PARA INSCRIPCIÓN DE LA DONANTE</b>			
			Fecha de inscripción: / /
<b>DATOS DE LA DONANTE</b>			
Nombre:			
Nº de Carnet CPN:		DNI:	Nº Hist. Clínica:
Fecha de nacimiento: / /		Natural de:	
Dirección actual:			
Provincia:		Distrito:	Referencia:
Telf		e-mail:	Ocupación:
Referencia de Ocupación:			
Recolección domiciliaria? <input type="checkbox"/>		Recolección Hospitalaria? <input type="checkbox"/>	
<b>HISTORIAL DE EMBARAZO</b>			
Lugar de Control Pre Natal:			
( ) Red Pública - Nombre de la Intitución:			Telf:
( ) Red Privada - Nombre de la Intitución:			Telf:
Peso en Gestación (Kg):	Talla (m):	Edad Gestacional:	Fecha de Parto:
Inicial	Final	Semanas:	Días: / /
<b>EXAMENES REALIZADOS</b>			
<b>VDRL</b>	<b>Hepatitis B</b>	<b>HIV</b>	Hb(%)
( )Positivo	( )Positivo	( )Positivo	Ht(%)
( )Negativo	( )Negativo	( )Negativo	Otros exámenes:
( )Sin Información	( )Sin Información	( )Sin Información	
Transfusión en los últimos 5 años: SI ( ) NO ( )			
Irregularidad en la Gestación:			
<b>HISTORIA ACTUAL</b>			
Peso: _____ Talla: _____			
Usa medicamentos: SI ( ) NO ( )		Descripción:	
Hábitos Tóxicos: SI ( ) NO ( )		¿Cuál?	
Patologías al momento de la entrevista: _____			
Motivo por el que dona leche: _____			
Donante Apta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<b>Responsable de la inscripción:</b>			

Fuente: SBLH (2016t)

**Figura P2: Formato para el consentimiento de la donación de leche del proceso de procura**

Formato 02

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DONACIÓN VOLUNTARIA DE LECHE HUMANA**

Yo: \_\_\_\_\_ con DNI:

\_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con donar voluntariamente el excedente de mi leche después de haber cubierto la demanda de mi hijo(a), por la cual no voy a recibir ninguna remuneración económica.

Estoy de acuerdo en responder el cuestionario sobre mi embarazo y otros datos que se me soliciten.

Recibí información sobre las técnicas de extracción y los cuidados que debo tener para el almacenamiento y conservación de la leche que voy a donar.

Si por algún motivo decido suspender la donación de mi leche, puedo hacerlo de manera libre sin ningún tipo de responsabilidad, para lo que avisare oportunamente.

Lima, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Donadora

\_\_\_\_\_

Apoderado de la Donadora  
(De ser menor de edad)

\_\_\_\_\_

Personal del SBLH

Fuente: SBLH (2016t)























Figura P14: Formato para el registro de la selección y clasificación del proceso de procesamiento



Formato 14

SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN - CENTRO DE ACOPIO

Fecha de Proceso	N° DE FRASCOS	NUMERO	Nombre de la Donante	Fecha de Donación	Tipo de Leche.	Volumen	Descarte X Traslase	Análisis Sensorial				Acidez Dornic D	Kcal/Lt
								Embalaje	Suciedad	Color	Olor		
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
<b>VOLUMEN TOTAL DE INGRESO</b>													
<b>VOLUMEN TOTAL DE DESCARTADO</b>													

Fuente: SBLH (2016t)







**Figura P18: Formato para consolidar el ingreso y salida de leche humana del proceso de procesamiento**

Formato 18



**CONSOLIDADO DEL INGRESO Y SALIDA DE LECHE HUMANA**

REFRIGERADORA N° 1	STOCK		VOLUMEN	VOLUMEN (ml)
	LM	LI		
CONGELADORA N° 2	LM			
	LI			
	CAL			
LECHE EN ESPERA POR RESULTADOS CLÍNICOS	LM			
	LI			
	CAL			
LECHE PARA DISTRIBUIR	LM			
	LI			
	CAL			
TOTAL LECHE ENTREGADA AL AREA DE FRACCIONAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN	LM			
	LI			
	CAL			

Fuente: SBLH (2016t)



**Figura P20: Formato de requerimiento de leche humana pasteurizada liberada del proceso de fraccionamiento y distribución**

Formato 20



**REQUERIMIENTO DE LECHE HUMANA  
PASTEURIZADA LIBERADA**



Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Volumen Total: \_\_\_\_\_ ml

Total de frascos: \_\_\_\_\_

N°	CODIGO	TIPO DE LECHE	CANTIDAD	DORNIC	CALORÍAS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Solicitante: \_\_\_\_\_

Entregado por: \_\_\_\_\_

Fuente: SBLH (2016t)



**Figura P21: Formato de registro de la clasificación de leche humana pasteurizada liberada del proceso de fraccionamiento y distribución**

Formato 21



CLASIFICACION NUTRICIONAL DE LECHE  
HUMANA PASTEURIZADA LIBERADA



Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Volumen Total: \_\_\_\_\_ ml

Total de frascos:

N°	CODIGO	CLASIFICACIÓN	CANTIDAD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Fuente: SBLH (2016t)

Figura P22: Formato para el registro de distribución de leche en UCIN A del proceso de fraccionamiento y distribución

Formato 24



REGISTRO DE DISTRIBUCION DE LECHE EN UCIN E INTERMEDIOS I

Fecha:

Nombre	Cuna	Toma 1		Toma 2		Toma 3		Toma 4		Toma 5		Toma 6		Toma 7		Toma 8		Toma 9		Toma 10		Toma 11		Toma 12
		Tipo Leche	Vol (cc)																					
<b>UCIN A</b>																								
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							

Fuente: SBLH (2016t)

**Figura P23: Formato para el registro de distribución de leche en UCIN B y C e Intermedios I del proceso de fraccionamiento y distribución**

UCIN B															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
UCIN C															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
INTERMEDIOS I															
1															
2															
3															

Fuente: SBLH (2016t)

**Figura P24: Formato para el registro de distribución de leche en Intermedios II, III, IV y V, Cirugía, Clínica, Alojamiento Conjunto y Factor Riesgo del proceso de fraccionamiento y distribución**

REGISTRO DE DISTRIBUCION DE LECHE EN INTERMEDIOS II, III, IV y V, CIRUGIA, CLINICA, ALOJAMIENTO  
CONJUNTO, FACTOR RIESGO




Fecha:

Nombre	Cuna	Toma 1		Toma 2		Toma 3		Toma 4		Toma 5		Toma 6		Toma 7		Toma 8		Toma 9		Toma 10		Toma 11		Toma 12		
		Tipo Leche	Vol (cc)																							
<b>INTERMEDIOS II</b>																										
	21																									
	22																									
	23																									
	24																									
	25																									
	26																									
	27																									
	28																									
	29																									
	30																									

Fuente: SBLH (2016t)

Figura P25: Formato de registro de consumo de fórmulas para pacientes a término del proceso de fraccionamiento y distribución


 DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA - ÁREA DE FÓRMULAS LÁCTEAS  
 REGISTRO DE CONSUMO DE FÓRMULAS PARA PACIENTES A TÉRMINO

SERVICIO/ÁREA: ALOJAMIENTO CONJUNTO      FECHA: 05/04/16

GUARDIA DIURNA ( ) GUARDIA NOCTURNA

N°	N° DE HISTORIA CLÍNICA	CUNA/CAMA	VOLUMEN POR TOMA (CC)	N° DE TOMAS	VOLUMEN TOTAL	OBSERVACIONES
1	1205768	210	35cc	4T	140	PEG 2300kg
2	1206088	208	30cc	4T	120	PEG 2500kg
3	1206117	226	45cc	4T	180	Macrosomía, Escaso bido
4	1206113	121	40cc	4T	160	macrosomía
5	1206097	102	35cc	4T	140	PEG 2600kg
6	1206099	108	40cc	4T	160	Escaso calostro
7	1205693	104	40cc	4T	160	Hipertensión, poco bido
8	1206197	14	40cc	4T	160	macrosomía 426C
9	1204445	324	25cc	4T	200	Bambal I PEG
10	1204446	324	25cc	4T	200	Bambal II PEG
11						
12						
13						
14						
15						
16						

VOLUMEN TOTAL REQUERIDO	1420
N° DE PACIENTES ATENDIDOS	10

Fuente: SBLH (2016t)

**Figura P26: Formato para el ingreso del receptor al Banco de Leche del proceso de selección del beneficiario**



Formato 22

FICHA DE INGRESO DEL RECEPTOR AL  
BANCO DE LECHE



Código N°: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso a Banco de Leche: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Datos Personales:**

N° Historia Clínica	
Nombre del Receptor	
Fecha Nacimiento	
Edad Gestacional (semanas)	
Prematuro	Si ( ) No ( )
Sexo	
Peso al Nacer (g)	
Talla al Nacer (cm)	
P.C. al Nacer (cm)	
Edad Gestacional (semanas)	
Fecha de Ingreso UCIN	

**Antecedentes Familiares:**

Nombre de la Madre	
Edad	
Número de gestación	
Tipo de Parto	
Diagnóstico Clínico	

**Autorización Banco de Leche:**

Cuenta con Autorización Firmada	Si ( ) No ( )
Quien Autoriza	Madre ( ) Padre ( ) Otro: _____

**Diagnostico:**

Autorización Banco de Leche	Si ( ) No ( ) Quien:
Diagnóstico Clínico	
Diagnostico Nutricional	
Motivo de Admisión al Banco del Leche	

Fuente: SBLH (2016t)