

## 付 属 資 料

- 1 . 協議議事録（英文及び西文）
- 2 . 妊婦カード
- 3 . 妊婦・周産期用カルテ
- 4 . 子どもの統合ケアカード
- 5 . 5 歳未満児カルテ（初診用及び再診用）
- 6 . 一次保健医療施設から市保健局事務所への毎日の報告フォーマット
- 7 . 一次・二次レベル間紹介状フォーマット
- 8 . グラナダ県の保健医療に関わる actor 一覧



MINUTES OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM  
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF  
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF NICARAGUA  
ON THE PROJECT FOR STRENGTHENING OF THE LOCAL SYSTEM OF  
INTEGRAL HEALTH CARE (SILAIS) OF GRANADA

The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as “ the Team”), organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as “ JICA” ) and headed by Dr. Kyo Hanada, visited the Republic of Nicaragua from 29 February to 18 March, 2000 for the purpose of conducting the study regarding the Nicaraguan government’s request for technical cooperation on the Project for Strengthening of the Local System of Integral Health Care (SILAIS) of Granada (hereinafter referred to as “the Project”).

As a result of discussions held by the Team and the authorities concerned of the government of the Republic of Nicaragua, both sides came to a tentative understanding of the matters referred to in the document attached hereto.

Managua, Nicaragua

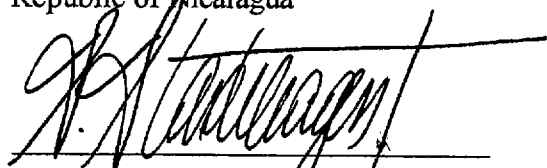
17 March, 2000



Dr. Kyo Hanada  
Leader  
Preliminary Study Team  
Japan International Cooperation Agency



Lic. Martha Me Coy  
Minister of Health  
Republic of Nicaragua



Lic. Salvador Stadthagen Icaza  
Secretary of Economic Relations and  
Cooperation  
Ministry of Foreign Affairs  
Republic of Nicaragua

1. Name of the Project

Project for Strengthening of the Local System of Integral Health Care (SILAIS) of Granada

2. Purpose of the Project

To strengthen the local system of integral health care in the Department of Granada

3. Expected Output of the Project

- (1) Quality of primary-level health care services is improved.
- (2) Control measures of vector-transmitted diseases are improved.
- (3) Community participation in coping with and solution of health problems is improved.
- (4) Referral and counter-referral system between primary and secondary level of integral care of the population, especially for women and children, functions effectively.
- (5) Managerial capability of health management teams of the SILAIS headquarters and the Municipios is improved.

4. Project Site

Municipios of the Department of Granada

5. Term of Cooperation

Technical cooperation will be implemented for four (4) years from the date of signature of the Record of Discussions (R/D), or the date mentioned in the Record of Discussions.

6. Measures taken by the Japanese Side

(1) Dispatch of Japanese experts

To provide the services of Japanese experts in necessary specialities and project coordination, based on the plan of implementation mutually agreed upon.

(2) Training Nicaraguan personnel in Japan

To receive a few Nicaraguan persons per year connected with the Project for training in Japan.

(3) Provision of Equipment and materials

To provide equipment and materials necessary for the implementation of the Project within the budget.

(4) Portion of expenditures for project activities

To provide the part of the local cost expenditures for the implementation of the Project.

7. Measures to be taken by the Nicaraguan Side

(1) Assignment of counterpart and administrative personnel

a. To provide the services of Nicaraguan counterpart personnel to assure the well coordinated implementation of technical cooperation.

b. To provide the services of secretaries and drivers necessary for the implementation of the Project.

(2) Expenditures for the Project

a. To meet expenses necessary for transportation within Nicaragua of the equipment to be provided by Japan, as well as installation, operation and maintenance thereof.

b. To supply necessary materials and operating expenses necessary for the implementation of the Project other than those provided by Japan.

(3) Customs duties and taxes

To meet customs duties, internal taxes and any other charges imposed in Nicaragua on the equipment provided by Japan.

8. Administration of the Project

(1) The Director of the General Bureau of Health Services, Ministry of Health will bear overall responsibility of the Project.

(2) The Director of SILAIS Granada will be responsible for the administration and implementation of the Project as National Co-Director.

(3) For close communication and effective implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established.

a. Function of the Joint Coordination Committee

- To formulate annual implementation plans
- To review the progress of the annual plans
- To discuss the important matters pertaining to technical cooperation

b. Composition of the Joint Coordination Committee

Nicaraguan Side

- Representative of the Secretariat of Economic Relations and Cooperation, Ministry of Foreign Affairs
- Director General, General Bureau of External Cooperation, Ministry of Health
- Director General, General Bureau of Health Services, Ministry of Health
- Director, SILAIS Granada
- Technical Coordinator of the Project, SILAIS Granada

Japanese Side

- Chief Advisor, whose responsibility is International Co-Direction of the Project
- Coordinator, whose responsibility is the administrative and financial part of the Project
- Other experts of long term

Invited

- Members of Study Teams
- Resident Representative of JICA in Nicaragua

Observer

- Representative from the Embassy of Japan

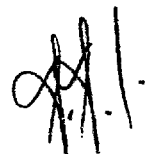
The members of the committee will be finalized in the Record of Discussions.

9. Schedule of Project Preparation and Implementation

- (1) JICA will dispatch a team to Nicaragua probably between July and August in 2000 for the purpose of implementing a supplementary study and joint design for the Project.
- (2) The above-mentioned team will include one expert on Project Cycle Management (PCM) who will moderate the joint workshop for formulation of the plan of operation of the Project.
- (3) JICA will dispatch an implementation study team to work out the details of the Project and to conclude the Record of Discussions, which will be the basic document of the Project.

10. Other Important Matters

- (1) Training of Nicaraguan personnel in charge of maintenance of equipment, as well as dispatch of Japanese experts to Nicaragua in maintenance will be included in technical cooperation for the purpose of assuring maintenance and proper use of the provided equipment.
- (2) The equipment will be selected, considering the guideline of equipment for the primary-level health facilities established by the Ministry of Health.
- (3) Periodical technical evaluation of the Project will be jointly conducted by SILAIS Granada, the Japanese side and the Ministry of Health.



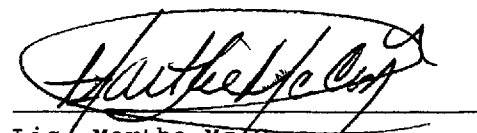
MINUTA DE LAS DISCUSIONES  
ENTRE  
LA MISION DE ESTUDIO PRELIMINAR Y  
LAS AUTORIDADES INTERESADAS DEL GOBIERNO DE  
LA REPUBLICA DE NICARAGUA  
SOBRE  
EL PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO AL SISTEMA LOCAL DE ATENCION  
INTEGRAL A LA SALUD (SILAIS) DE GRANADA

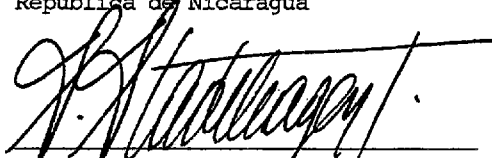
La Misión de Estudio Preliminar del Japón (de aquí en adelante se denominará "la Misión"), organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (de aquí en adelante se denominará "JICA") y encabezada por el Dr. Kyo Hanada, visitó la República de Nicaragua desde el 29 de febrero hasta el 18 de marzo de 2000 con el objetivo de realizar el estudio con respecto a la solicitud del gobierno nicaraguense para una cooperación técnica sobre el Proyecto para el Fortalecimiento al Sistema Local de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de Granada (de aquí en adelante se denominará "el Proyecto").

Como el resultado de las discusiones mantenidas entre la Misión y las autoridades interesadas del gobierno de la República de Nicaragua, ambas partes llegaron a un entendimiento tentativo acerca de los asuntos mencionados en el documento que se adjunta a continuación.

Managua, Nicaragua  
17 de marzo de 2000

  
Dr. Kyo Hanada  
Jefe, la Misión de Estudio Preliminar  
Agencia de Cooperación Internacional  
del Japón

  
Lic. Martha Mc Coy  
Ministra de Salud  
República de Nicaragua

  
Lic. Salvador Stathagen Icaza  
Secretario de Relaciones Económicas y  
Cooperación  
Ministerio de Relaciones Exteriores  
República de Nicaragua

1. Nombre del Proyecto

Proyecto para el Fortalecimiento al Sistema Local de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de Granada

2. Objetivo del Proyecto

Fortalecer el sistema local de atención integral a la salud en el Departamento de Granada.

3. Resultados Esperados del Proyecto

- (1) La calidad de atención a la salud del nivel primario es mejorada.
- (2) Las medidas de control de las enfermedades de transmisión vectorial son mejoradas.
- (3) La participación comunitaria en el abordaje y solución de los problemas de salud es mejorada.
- (4) El sistema de referencia y contrarreferencia entre primer y segundo nivel para la atención integral a la población, especialmente a la mujer y la niñez, funciona eficazmente.
- (5) La capacidad gerencial de equipos de dirección de salud de la sede de SILAIS y los municipios es mejorada.

4. Area del Proyecto

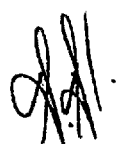
Los Municipios del Departamento de Granada

5. Período de Cooperación

La cooperación técnica será implementada durante cuatro (4) años a partir de la fecha de la firma del Registro de Discusiones (R/D), o de la fecha mencionada en el Registro de Discusiones.

6. Medidas a Adoptarse por la Parte Japonesa

- (1) Envío de los Expertos Japoneses  
Proporcionar los servicios de expertos japoneses en especialidades requeridas y en coordinación del proyecto, basándose en el plan de implementación acordado mutuamente.
- (2) Capacitación del Personal Nicaraguense en Japón  
Admitir algunas personas nicaraguenses por cada año, relacionadas con el Proyecto para la capacitación en Japón.
- (3) Suministro de Equipos y Materiales  
Suministrar equipos y materiales necesarios para la ejecución del Proyecto dentro del presupuesto.
- (4) Parte de los Gastos para las Actividades del Proyecto  
Suministrar la parte de los gastos locales para la implementación del Proyecto.





7. Medidas a Adoptarse por la Parte Nicaraguense

- (1) Asignación del personal de contraparte y administrativo
  - a. Proporcionar servicios del personal de contraparte nicaraguense para asegurar la ejecución bien coordinada de la cooperación técnica.
  - b. Proporcionar servicios de secretarias y chóferes necesarios para la implementación del Proyecto.
- (2) Gastos para el Proyecto
  - a. Cubrir los gastos necesarios para el transporte dentro de Nicaragua de los equipos que serán proveídos por Japón, así como para su instalación, operación y mantenimiento etc.
  - b. Cubrir los gastos de materiales y operativos necesarios para la realización del Proyecto que no sean sufragados por Japón.
- (3) Derechos Aduaneros e Impuestos  
Cubrir los derechos aduaneros, impuestos internos y cualquier otra carga fiscal que se pueda gravar en Nicaragua sobre los equipos suministrados por Japón.

8. Administración del Proyecto

- (1) El Director de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud asumirá la responsabilidad global del Proyecto.
- (2) El Director del SILAIS Granada será responsable de la administración y ejecución del Proyecto como Co-Director Nacional.
- (3) Para una estrecha comunicación e implementación eficaz de la cooperación técnica para el Proyecto, un Comité Conjunto de Coordinación será establecido.
  - a. Función del Comité Conjunto de Coordinación
    - formular planes anuales de implementación
    - revisar el progreso de los planes anuales
    - discutir los asuntos importantes relacionados con la cooperación técnica
  - b. Composición del Comité Conjunto de Coordinación
    - Parte Nicaraguense
      - Representante de la Secretaría de Relaciones Económicas y Cooperación del Ministerio de Relaciones Exteriores
      - Director General, División General de Cooperación Externa, Ministerio de Salud
      - Director General, Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud
      - Director, SILAIS Granada
      - Coodinador Técnico del Proyecto, SILAIS Granada
    - Parte Japonesa
      - Asesor en Jefe, cuya responsabilidades es la Co- Dirección Internacional del Proyecto
      - Coordinador, cuya responsabilidad le corresponde la parte administrativa y financiera del Proyecto
      - Otros expertos de largo plazo
    - Invitados
      - Miembros de las Misiones de Estudio
      - Representante Residente de JICA en Nicaragua

Observador

- Representante de la Embajada del Japón

Los miembros del comité serán definitivamente decididos en el Registro de Discusiones.

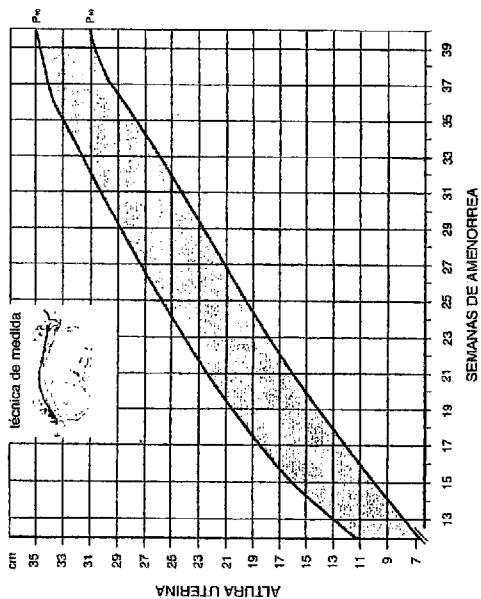
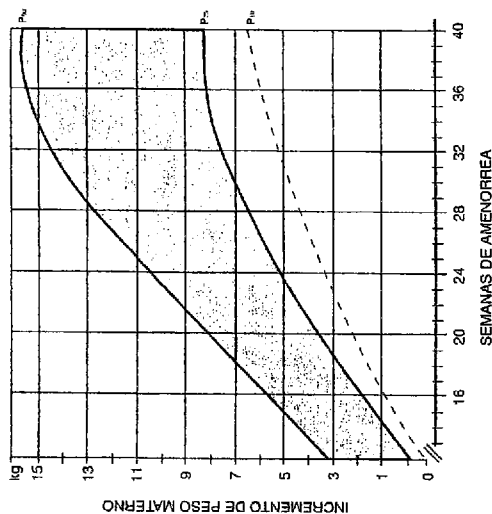
9. Programa de Preparación y Ejecución del Proyecto

- (1) JICA enviará una misión a Nicaragua probablemente entre julio y agosto de 2000 para realizar estudio complementario y diseño conjunto para el Proyecto.
- (2) La misión arriba mencionada incluirá un experto en Manejo de Ciclo de Proyecto (PCM) que dirigirá el taller conjunto para la formulación del plan de operación del Proyecto.
- (3) JICA enviará una misión de estudio de consultas sobre la ejecución para establecer los detalles del Proyecto y concertar el Registro de Discusiones, que constituirá el documento básico del Proyecto.

10. Otros Asuntos de Importancia

- (1) Para asegurar el mantenimiento y uso adecuado de los equipos suministrados, se incluirán en la cooperación técnica la capacitación de personal nicaraguense encargado de mantenimiento de equipos y el envío de expertos japoneses en esa materia a Nicaragua.
- (2) Los equipos a ser suministrados serán seleccionados tomando en cuenta la normativa de equipamiento establecida por el Ministerio de Salud para las unidades de atención primaria.
- (3) Se realizará periódicamente la evaluación técnica conjunta entre la parte japonesa, SILAIS Granada y el Ministerio de Salud central.





DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN  
INTEGRAL A LA MUJER NIÑEZ Y  
ADOLESCENCIA



### PROTEJA SU EMBARAZO

Cumpla con sus controles y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo y garantiza una buena lactancia.

Dele amor a su hijo desde el embarazo.

### CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL

USTED DEBE RECIBIR ATENCIÓN INMEDIATA SI PRESENTA:

- SALIDAS DE SANGRE O LÍQUIDO POR SUS GENITALES.
- HINCHAZÓN (EDEMA) EN SUS TOBILLOS, LAS PIERNAS, LAS MANOS Y LA CARA.
- FIEBRE O ESCALOFRÍOS.
- DOLORS DE CABEZA CONTINUO, SI VE LUCECITAS O SIENTE UN ZUMBIDO PERMANENTE.
- DISMINUCIÓN O FALTA DE MOVIMIENTOS DEL NIÑO.
- SI PRESENTA DOLORS DE VIENTRE O RABADILLA.

## REPÚBLICA DE NICARAGUA CARNE PERINATAL



NOMBRES: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
UNIDAD DE SALUD: \_\_\_\_\_

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

Si este cuadro  aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.



MINISTERIO DE SALUD

ESTABLEC.		N° H. C.	
NOMBRE _____		EDAD años _____	
DOMICILIO _____		ALFABETA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
LOCALIDAD _____ TEL. _____		ESTUDIOS <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> unión <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		menor de 15 <input type="checkbox"/> mayor de 35 <input type="checkbox"/>	

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>		<b>OBSTETRICOS</b>	
TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión crónica <input type="checkbox"/> cirugía pélvico-uterina <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		gestas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/> nacidos vivos <input type="checkbox"/> viven <input type="checkbox"/> fin anterior embarazo <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> muertos 1° sem. <input type="checkbox"/> RN con mayor peso <input type="checkbox"/> después 1° sem. <input type="checkbox"/> g	
FAMILIARES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> TBC pulmonar <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/> algun RN menor de 2500g <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/>	

<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		DUDAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA <input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2°/R <input type="checkbox"/>		GRUPO <input type="checkbox"/> Rh + <input type="checkbox"/> sensible <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		FUMA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> cigarrillos por día _____		HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>							
PESO ANTERIOR _____ kg		TALLA (cm) _____		EPP <input type="checkbox"/> FUM <input type="checkbox"/>		TRASLADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		lugar: _____									
EX. CLINICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. ODONT. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PELVIS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PAPANIC. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CERVIX <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
fecha de la consulta 1/____/____		2/____/____		3/____/____		4/____/____		5/____/____		6/____/____		7/____/____		8/____/____		9/____/____	
semanas de amenorrea _____		peso (kg) _____		tensión arterial máx./mín (mm Hg) _____		alt. uterina / present. pubis fondo / Col.Pelv./Tr. _____		F.C.F. (lat./min.) / mov. fetal _____									

<b>Parto Aborto</b>		CONSULTA PRENATAL N° _____		INGRESO _____ día mes año		EDAD GEST. _____		PRES. cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/>		TAMAÑO FETAL acorde <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INICIO esp. _____		MEMBRANAS Int. _____		fecha ruptura _____					
ORIGEN _____		en el hosp. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		con carné <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		temperatura _____ °C		menor 37 <input type="checkbox"/> mayor 41 <input type="checkbox"/>													
TRABAJO DE PARTO		NIVEL DE ATENCION 3° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		ATENDIO médico <input type="checkbox"/> enf./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./empir. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		N° H.C. RN _____		nombre RN _____		PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		nombre _____							
hora _____		tensión arterial max / mín (mm Hg) _____		contracciones frec./10 min dur.seg. _____		altura var. posic. _____		F.C.F. (latidos / minuto) _____		F.C. mat. _____		dilat. cerv. _____		meconio _____		ninguna <input type="checkbox"/> emb. múltiple <input type="checkbox"/> hipert. previa <input type="checkbox"/> preeclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/> infec. urinaria <input type="checkbox"/>		orden <input type="checkbox"/> otras infec. <input type="checkbox"/> parasitosis <input type="checkbox"/> R.C.I.U. <input type="checkbox"/> amen. parto prem. <input type="checkbox"/> desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> hemorragia 1° trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 2° trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 3° trim. <input type="checkbox"/>		anemia crónica <input type="checkbox"/> rot. pre. memb. <input type="checkbox"/> infec. puerp. <input type="checkbox"/> hem. puerp. <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>	
TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		hora _____ min. _____ día _____ mes _____ año _____		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION _____		MORTE intraut. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		ALUMB. espont. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DESGARROS <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		MEDICACION EN PARTO ning. <input type="checkbox"/> anest. reg. <input type="checkbox"/> anest. gen. <input type="checkbox"/> analges. tranquil. <input type="checkbox"/> ocitoc. <input type="checkbox"/> antibiot. <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>					

<b>En aborto y FM sólo sexo y peso</b>		TALLA _____ cm		EDAD POR EX. FISICO _____		PESO E.G. _____		APGAR 1° minuto _____ 5° _____		REANIM. RESPIR. _____		VDRL _____		<b>PUERPERIO</b>			
SEXO _____ PESO AL NACER _____ g		PER. CEF. _____ cm		menor de 37 <input type="checkbox"/>		adec. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/>		6 o menor <input type="checkbox"/>		mascara <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/>		sana <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		horas o días post parto o aborto _____			
EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/> otros SDR <input type="checkbox"/>		Infecciones <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>		memb. hialina <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> defectos cong. <input type="checkbox"/>		sind. aspirat. <input type="checkbox"/> hiperbilirrub. <input type="checkbox"/> neurológicas <input type="checkbox"/>		apnea <input type="checkbox"/> otras hematol. <input type="checkbox"/> metab/nutric. <input type="checkbox"/>		ALOJ. CONJUNTO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		temperatura _____	
														pulso (lat./min.) _____			
														tensión arterial máx./mín. (mm Hg) _____			
														Invol. uterina _____			
														características de loquios _____			

<b>Estado PA</b>		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		pecho <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO AL EGRESO _____ g		<b>EGRESO MATERNO</b>		sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condon <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pildora <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	
hora _____ día _____ mes _____		con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>		ALIMENTO _____				día _____ mes _____ año _____		con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>					
Responsable: _____								Responsable: _____							

Este color significa ALERTA

Doc. Int. CIAP 30/89

3. 妊婦・周産期用カルテ

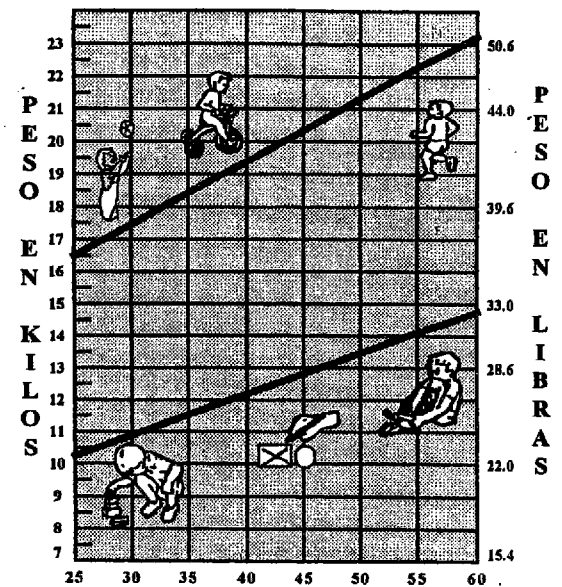
UNO ÚNICO PARA NEONATOS										ESTABLEC.		N° H. C.									
NOMBRE										EDAD años		ALFABETA		ESTUDIOS		ning. sec. años aprob.		ESTADO CIVIL unión casada estable soltera otro			
DOMICILIO										menor de 15 mayor de 35		no si		prim. univ.							
LOCALIDAD										TEL.											
ANTECEDENTES PERSONALES										OBSTÉTRICOS											
FAMILIARES diabetes TBC pulmonar hipertensión gemelares otros										gestas abortos vaginales nacidos vivos nacidos muertos muertos 1ª sem. después 1ª sem. RN con mayor peso											
EMBARAZO ACTUAL										DUDAS ANTITETANICA actual 1ª 2ª/R											
PESC ANTERIOR TALLA (cm) kg										GRUPO Rh + -											
EX. CLINICO normal										EX. MAMAS normal											
EX. ODONT. normal										PELVIS normal											
PAPANIC. normal										COLPOSCOPIA normal											
CERVIX normal										VDRL - +											
fecha de la consulta										semanas de amenorea											
peso (kg)										tensión arterial máx./mín. (mm Hg)											
alt. Uterina / Present. pubis lord. / Col./Pel./Tg.										F.C.F. (lat./min.) / mov. fetal											
PARTO ABORTO										CONSULTA PRENATAL											
ORIGEN										INGRESO											
hora										tensión arterial máx./mín. (mm Hg)											
contracciones frec./10 min dur.seg.										altura var. posic.											
F.C.F. (latidos / minuto)										F.C. mat. (latidos / minuto)											
dilat. cerv. meconio										PATOLOGIAS											
TERMINACION espont. forceps cesárea otra										NIVEL DE ATENCION											
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION										ATENDIO médico enf./obst. auxil. estud./empir. otro											
MUERTE Intraut. emb. parto										EPISIOTOMIA											
DESGARROS										MEDICACION EN PARTO											
RECEN NACIDO										PUERPERIO											
SEXO PESO AL NACER										TALLA											
EXAMEN FISICO										ALIMENTACION											
EGRESO R.N.										EGRESO MATERNO											
Responsable:										Responsable:											

Este color significa ALERTA

Doc. Int. CLAP 30/89

No. Exp. \_\_\_\_\_

**GRAFICA DE  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
DEL NIÑO (A) DE 2 A 5 AÑOS**



**TENDENCIA DEL CRECIMIENTO**



FECHA									
EDAD									
PESO									
PERC.									

<b>ANTECEDENTES PERINATALES</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b> Instit. <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	<b>TIPO DE NACIMIENTO</b> Unico <input type="checkbox"/> Multip. <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	--

<b>ATENDIDO POR</b>			
Médico <input type="checkbox"/>	Enfermera <input type="checkbox"/>	Partera <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

<b>PATOLOGIA EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<b>EDAD GEST. AL NACER</b> <input type="checkbox"/> Sem Menor 37 <input type="checkbox"/> Mayor 41 <input type="checkbox"/>	<b>PESO Kg. AL NACER</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menor de 2,500 <input type="checkbox"/> Kg	<b>TALLA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm Per <input type="checkbox"/> Cef <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
--	--	---	---

**VACUNAS**

ANTIPOLIO	
DOSIS	FECHA
1	
2	
3	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	
R	

B C G	
DOSIS	FECHA
1	
<b>D P T</b>	
DOSIS	FECHA
1	
2	
3	
Refuerzo	

HEPATITIS B	
DOSIS	FECHA
1	
2	
3	
Refuerzo	

PENTAVALENTE	
DOSIS	FECHA
1	
2	
3	

M M R	
DOSIS	FECHA
1	
Adicional	

SARAMPION	
DOSIS	FECHA
Adicional	

\* PENTAVALENTE (DPT, Hep. B, Hib)

**TARJETA DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ**

NOMBRE \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DIA  MES  AÑO

No. EN EL CENSO \_\_\_\_\_ SEXO F  M

DOMICILIO \_\_\_\_\_

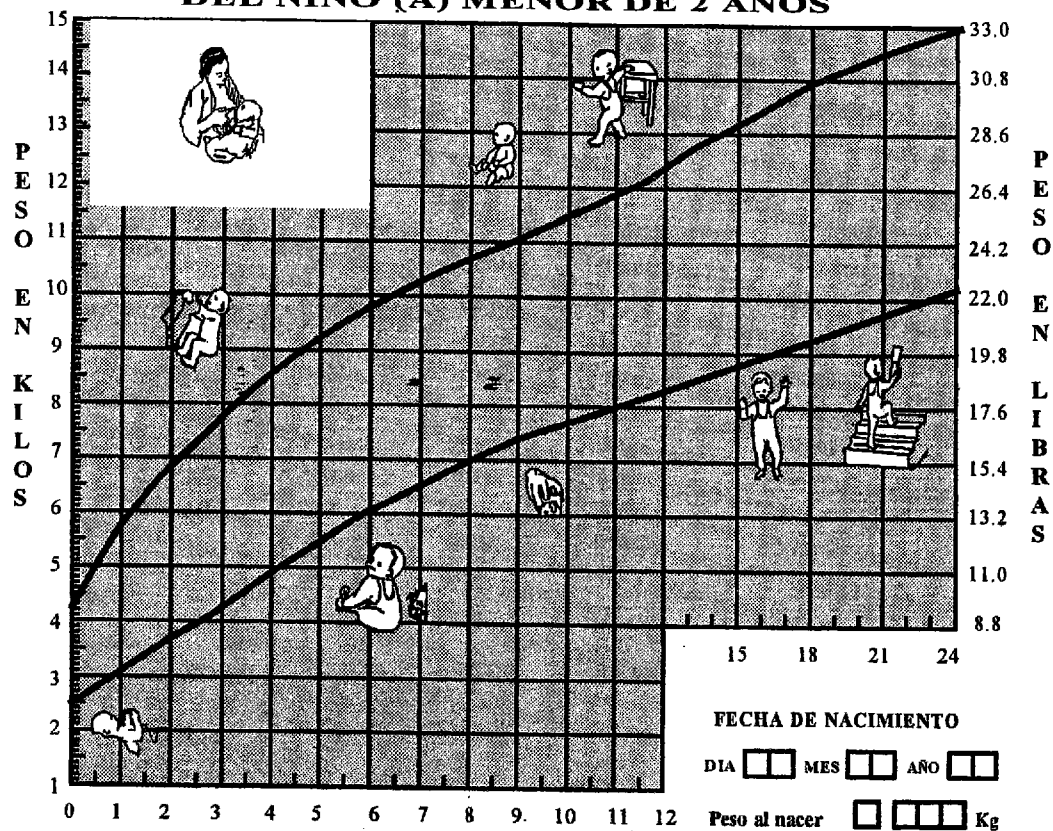
UNIDAD DE SALUD \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_



GOBIERNO DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD

### GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO (A) MENOR DE 2 AÑOS



#### EDAD EN MESES

FECHA																							
EDAD																							
PESO																							
PERC.																							

#### ALIMENTACION DEL NIÑO DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA

ALIMENTOS	EDAD EN MESES CUMPLIDOS												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche Materna													
Vegetales													
Frutas													
Maiz													
Arroz													
Otros cereales													
Frijoles													
Carne (Pollo, Res, Cerdo, Pescado)													
Huevo													
Derivados de la leche													
Otras leches													
Agua sola													

Marque con una X el mes que inicia el alimento

El niño que es amamantado no necesita tomar agua, porque LA LECHE MATERNA contiene suficiente AGUA. Al año de vida el niño debe comer de todo. Continuar lactancia materna hasta los 2 años de edad.

#### MICRONUTRIENTES

0 a 6 Meses  
 SOLO LECHE  
 MATERNA

6 A 12 Meses  
 LECHE MATERNA  
 MAS

FECHA	VITAMINA A	HIERRO



Al año de vida el niño debe comer de todo.