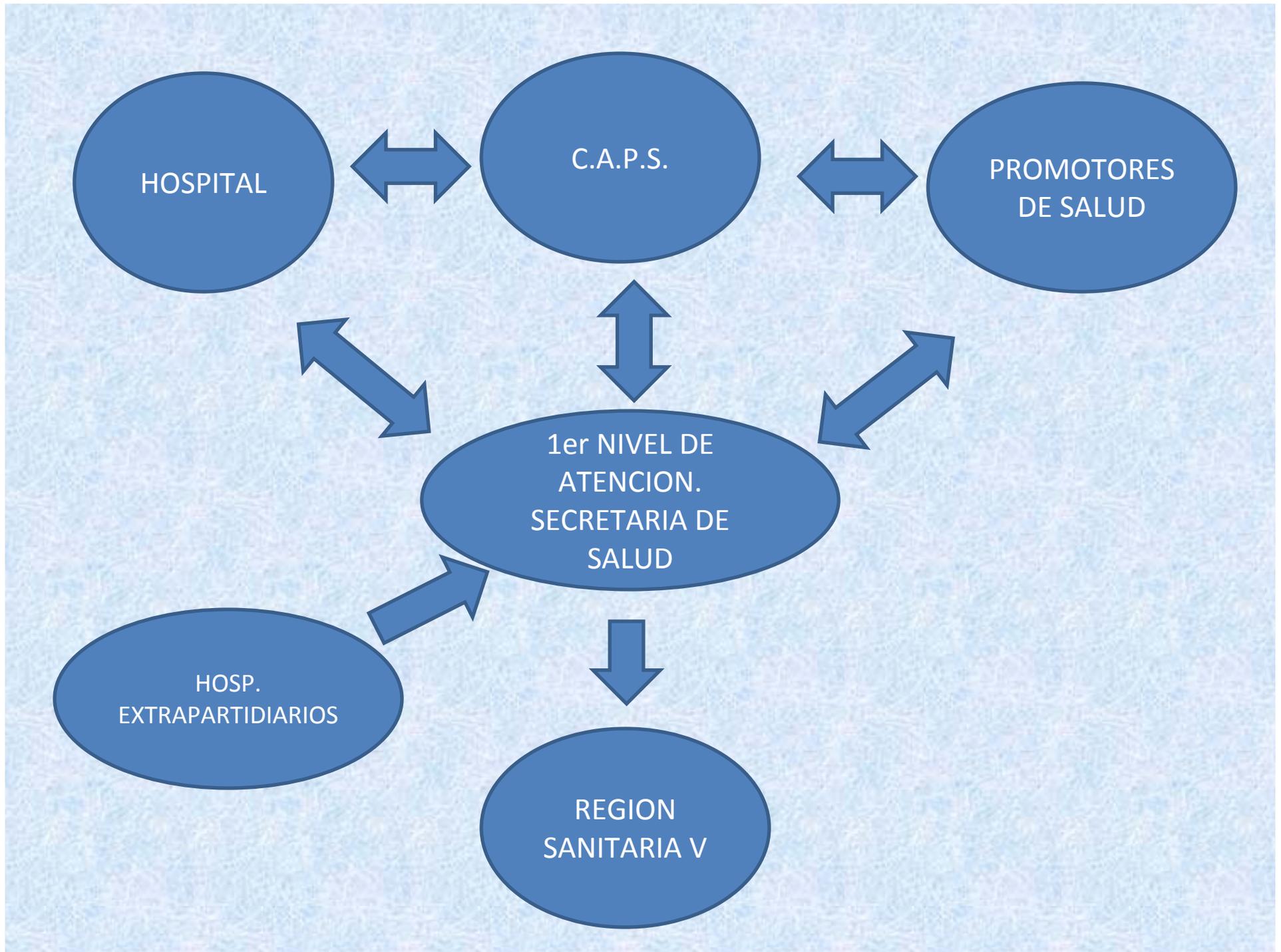


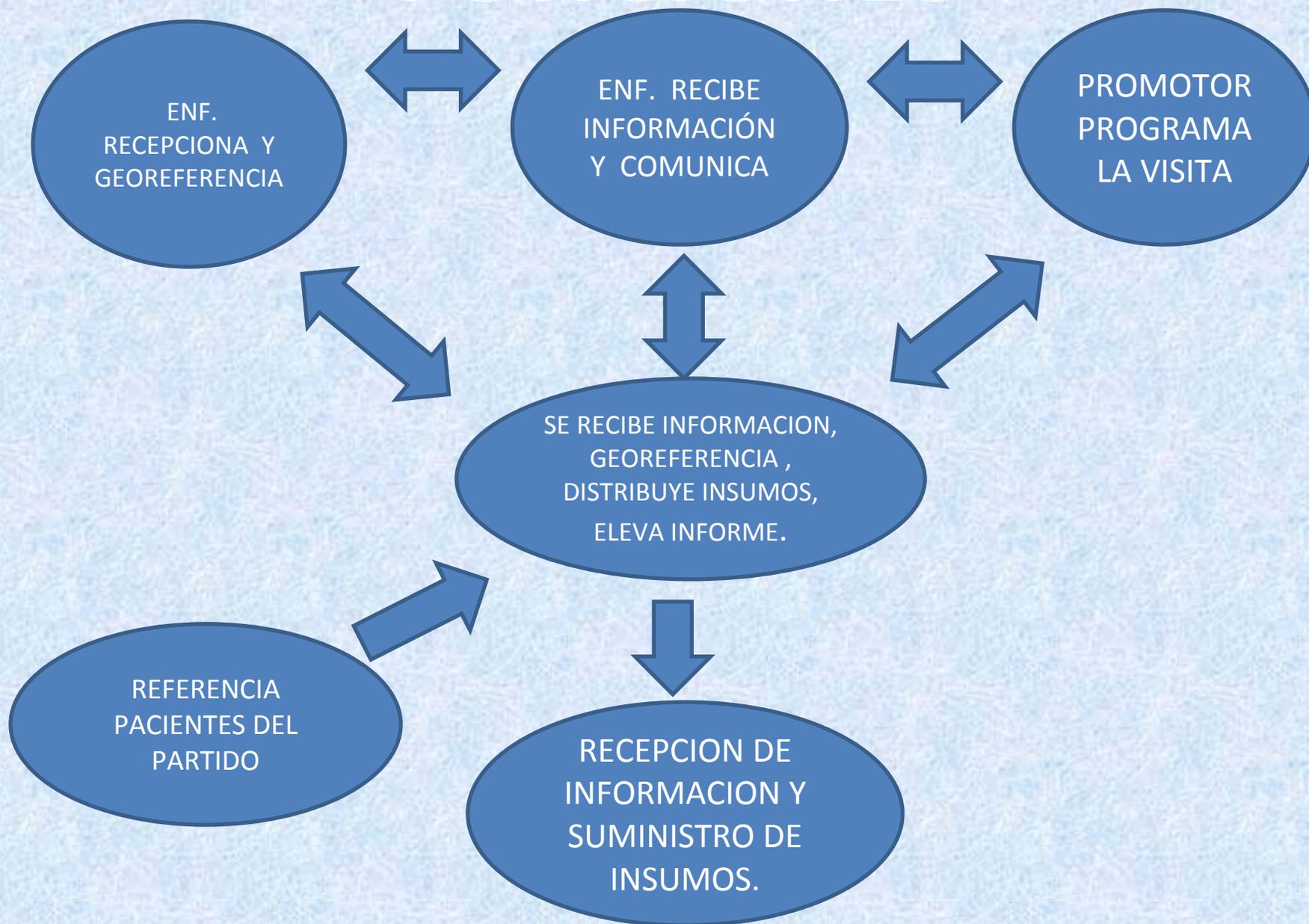
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
6º CONGRESO DE NEUMONOLOGIA PEDIATRICA
JORNADA DE ENFERMERIA EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
JORNADA DE LINESIOLOGIA RESPIRATORIA

RED DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

**Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.
Región Sanitaria v.
Municipio de San Miguel
Coord. Gral de Enfermería - Lic. Porta José Luis**



FUNCIONES



REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL.

OBSERVACION

CAMA

FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

APELLIDO Y NOMBRE

EDAD

DIAGNOSTICO

BARRIO (CARACTERISTICAS DE LA CASA)

LOCALIDAD

C.A.P.S

CORRESPONDIENTE

C.A.P.S

DE REFERENCIA

ENFERMERA RECEPTORA

CENTROS DE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALES

1 Dr. Miguel Ángel Balleza Flacador
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

2 C.A. S.A. Centro Materno Infantil
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

3 San Miguel - H. H. O. F. O. P.
Padre Molas
TEL: 0332-456.1318/8094

4 Centro de Salud Padre Molas
Padre Molas
TEL: 0332-456.1318/8094

5 Centro de Salud Dr. Luis Somonte
Torre Edificios P. B. 200
TEL: 0332-456.1318/8094

6 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Luján y Matucal, Torrey
TEL: 0332-456.1318/8094

7 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
P. B. 1. A. V. S. B. - C. S. P. M. B. C.
TEL: 0332-456.1318/8094

8 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

9 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

10 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

11 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

12 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

13 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

14 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

15 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

16 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

17 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

18 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

19 Centro de Salud Dr. S. P. M. B. C.
Bella Vista, Luján
TEL: 0332-456.1318/8094

DISTRIBUCION DE ENFERMERIA EN EL 1er NIVEL DE ATENCION.

BARRUFALDI 17 de AGOSTO Lic. Ortiz Nelida PROMOTOR PEDRO	CARRILLO Enf. Blanco Gloria Enf. Tolosa Claudia	PODESTA Enf. OBELLA Graciela Enf. Miranda Eugenia
BELLA VISTA NORTE Enf. Cabrera Silvia PROMOTOR OSCAR	C.I.C Enf. Jorge Laura Enf. Nadia Enf. Aida Inostrosa	SAN MIGUEL OESTE Enf. Flores Raquel Enf. Aquino Estela
OBLIGADO LELOIR Enf. Alturria Daniela Enf. Benitez Margarita PROMOTORA ISABEL	PADRE MORA - ex casita Enf. Uriarte Adriana Enf. Nally Graciela	TRUJUY FAVALORO Enf. Ibarra Ana Maria Lic. Vargas Viviana
MARILO RAUL MATERA Enf. González Rosa PROMOTOR LUIS	U.F.O Enf. Farena Mirta Enf. Ledesma Adriana	PARAISOS ALBERTO SABIN Lic. Cortes Iris Lic. Iturrez Estela
PTE. PERON Enf. Acuña PROMOTORA ESTELA	29 DE SEPTIEMBRE Enf. Alzogaray Monica	SUAREZ PARIS Enf. Quiroz Adriana Enf. Ramos Adriana

HORARIOS DE PROFESIONALES

C.A.P.S	PEDRIATRAS	DIAS	HORARIOS
BELLA VISTA	FERNANDEZ	LUNES,MARTES Y MIERCOLES.	08 A 12 HS.
	PEREZ	LUNES,JUEVES Y VIERNES.	12 A 18 HS.
DR. SABIN	GOMEZ	LUNES, MIERCOLES Y VIERNES.	08 A 12 HS.
	RODRIGUEZ	MARTES, MIERCOLES Y VIERNES.	12 A 18 HS.

Formulario de promotor

PROMOTORES COMUNITARIOS EN SALUD

Seguimiento domiciliario de los niños con problemas respiratorios

RESPONSABLE

ADULTO.....TELEF.....

NIÑO.....EDAD.....D.N.I.....

DOMIC.....

Fecha de altadías de interacciónHospital.....

Motivo de la interacción.....

Ambulatorio (atendido en el CAPS) fecha primera consulta.....

Valoración de los factores de riesgo

Bajo peso al enfermedad madre – 17 a madre sin hogar de
nacer - 2500 de base primaria fumadores

Que medicación utiliza?tiene.....

Observación durante la visita.....

Control hoy 24hs 48 hs saca turno.....

Firma y DNI del responsable.....

FICHA PARA EL C.A.P.S.....

NIÑO.....FECHA.....

Sugiero control por enfermería hoy..... 24 hs.....48 hs.....

Quedando agradecida por su atención, Promotor.....

Firma.....

Primer nivel de atención.

*SE RECEPCIONA LA INFORMACION SEMANALMENTE DE LOS DOS NIVELES DE ATENCION.

*SE ELEVAN INFORMES

*SE PROGRAMA LA DISTRIBUCION DE INSUMOS.

* SE DESIGNA RECURSO HUMANO

CAPACITACION CONTINUA

- ACTUALIZANDO PAUTAS DEL PROGRAMA I.R.A.B.
- REITERACION DE FACTORES DE RIESGO
- ACTUALIZANDO LA BIOSEGURIDAD
- ACTUALIZACIÓN DE INMUNIDAD
- FACTORES DE RIESGO DOMICILIARIOS

Soy **Streptococcus**
Me gusta
la garganta!!!

Me llamo
Staphylococcus
Causo infecciones
graves

Yo soy **Klebsiella**
Puedo infectar
heridas

Me llamo **Bacillus**
Soy un contaminante
normal!!!!

Soy **Influenza**
Causo resfrios y
neumonías

Soy **Clostridium
difficile.**
Causo colitis

Causo diarreas
Mi nombre es
Shigella

Lláname
Bacterioide
Infecto los oídos

Me llaman
Pseudomonas sp.
Infecto heridas
con pus azul verdoso

Me dicen
Proteus mirabilis
Produzco
infección urinaria

Soy
Enterococcus
Contamino
alimentos

Me llamo
Escherichia coli
Causo diarreas

Lavese
las
manos!!!









FACTOR DE RIESGO



















DENGUE
PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO

**PROMOTORES
DE SALUD**
SALUD EN MOVIMIENTO