

CONTROL CLÍNICO DE MOVIMIENTOS FETALES

Identificación

Nombre: _____

F.U.M.	/	/	F.P.P.	/	/	Edad Gestacional	Lugar	com	Fecha	Historia
--------	---	---	--------	---	---	------------------	-------	-----	-------	----------

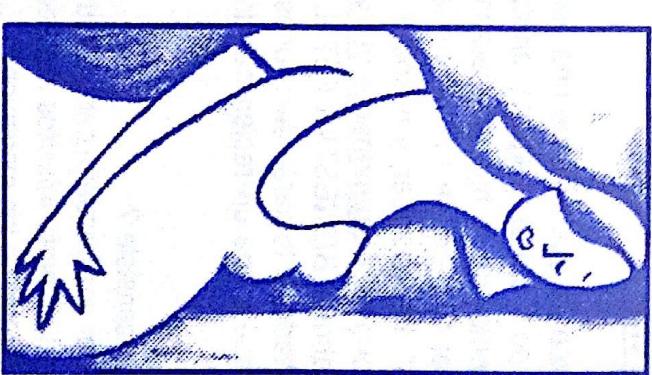
Gestas: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____ Partos: _____ Otros: _____

Indicación: _____

Registro Diario

AV. 2 (Lara) N° 38 - 78, Conjunto Residencial "La Florida"

Nivel Mezzanina - Local 7, Tel.: 63 04 10. Menda



CONTROL CLÍNICO DE MOVIMIENTOS FETALES

Dr. Germán Chacón Vivas

040497

CONTROL CLÍNICO DE MOVIMIENTOS FETALES

Instructivo

Estimada Sra. _____

Los **Movimientos Fetales** puede percibirlos a partir del 4^{to} ó 5^{to} mes del embarazo ofreciéndole tranquilidad, significan que **su hijo vive**.

Sólo necesita que dedique una parte de su tiempo a **sentir, palpar y anotar** los movimientos de su hijo (a) realizando el "Control Clínico de los Movimientos Fetales". Podrá saber, y nosotros tener una información **sumamente útil y precisa**, sobre el **BIENESTAR FETAL**. Con el resultado se tomarán decisiones para lograr que tenga un recién nacido normal.

¿ En qué consiste ?

En dedicar una pequeña parte de su tiempo, tan sólo **treinta minutos** tres veces al día, al control de los movimientos fetales con lo que contribuirá a la salud física y mental de su hijo(a) durante **toda la vida**.

¿ Cómo va a efectuar el control ?

Es muy sencillo. Por sí misma, en la comodidad de su hogar y con la ayuda de un reloj, tres veces al día (Mañana, Mediodía y Noche).

En un lapso de media hora Usted debe:

1. Acostarse del lado izquierdo o sentarse comodamente.
2. Colocar una mano sobre el abdomen.
3. Iniciar el conteo del número de movimientos fuertes, enérgicos que Usted sienta y además **palpe** con la mano.
4. Anotar la cantidad de movimientos percibidos en el reverso de la hoja.
5. Sumar los resultados obtenidos durante los tres controles (Mañana, Mediodía, Noche) y anotarlo en la casilla correspondiente (Total).

¿ Qué inconvenientes puede tener y qué debe hacer ?

- * Imposibilidad para contar los movimientos en alguna ocasión. Dejar en blanco (Sin anotar) la casilla correspondiente.
- * Ausencia de movimientos durante la media hora. Escribir el número cero (0).

¿ Qué debe considerar importante como señal de alarma y cómo solucionarlo ?

- Ausencia de movimientos en dos registros consecutivos (El segundo realizado media hora después de haber comido).

¿ Qué otros aspectos debe tener en cuenta ?

* Su hijo(a) tiene períodos durante los cuales se mueve menos o no lo hace (Reposo o sueño), son normales, pueden ocurrir tanto en el día como de noche.

* La disminución de los movimientos fetales en forma permanente puede indicar compromiso en la salud y bienestar de su hijo. **No espere consultarnos cuando ya no se mueva.**

* Participar toda duda o inquietud que tenga sobre el instructivo a objeto de darle inmediata solución.

* Llevar la hoja del "Control Clínico de Movimientos Fetales" a cada consulta prenatal de rutina o de emergencia.

Su hijo(a) y su Médico tratante le damos las más expresivas **GRACIAS**.

Suma (Total) de movimientos detectada y anotada en un día cualquiera inferior a 10 (diez).

En las dos eventualidades debe acudir a la consulta o informarlo telefónicamente **DE INMEDIATO**.