Nombre(s) del (de los) evaluador(es) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Centro de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha

**ENTREVISTA AL PERSONAL DE ODONTOLOGÍA**

1. ¿Conoce la política IAMI de la institución? SI NO
2. ¿Se publican en un lugar visible los principales aspectos sobre los 10 pasos de la política institucional IAMI relacionados a la competencia del área?

*(La casilla NA se diligencia si la institución no cuenta con el servicio mencionado. En observaciones indicar aspectos extra necesarios, ejemplo, disponibilidad sólo en un consultorio, lugar no visible, etc.)*

 ***Total***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio**  | **SI** | **NO** | **NA** | **Observaciones** |
| Sala (s) de Espera |  |  |  |  |
| Estadística , Archivo |  |  |  |  |
| Atención al Usuario |  |  |  |  |
| Consultorios |  |  |  |  |
| Urgencias |  |  |  |  |
| Salas de Partos |  |  |  |  |
| Odontología |  |  |  |  |
| Área Administrativa |  |  |  |  |
| Farmacia |  |  |  |  |
| Laboratorio |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |

1. ¿Qué estrategias institucionales se utilizan para difundir política IAMI?

*(Verifique y especifique el tipo de estrategia, ejemplo: jornadas periódicas de inducción para el personal nuevo; y el soporte de la estrategia, ejemplo: plan de capacitación establecido, acta, u otros, si menciona al menos 3 estrategias de un puntaje de 1, sino de un puntaje de 0).* ***Total***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Menciones 4 temas relacionados con la política IAMI que considere relevantes en la institución *(Marque los enunciados en la casilla correspondiente, la respuesta* ***SI*** *tiene un valor de 1, la respuesta* ***NO*** *un valor de 0, si el puntaje total es mayor de 6 hay cumplimiento).*

 ***Total***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tema**  | **SI** | **NO** |
| Planificación Familiar |  |  |
| Control Prenatal con Enfoque de Riesgo |  |  |
| Reducción de la Transmisión Madre – Hijo - Hija de VIH |  |  |
| Atención del Parto |  |  |
| Lactancia Materna |  |  |
| Crecimiento y Desarrollo |  |  |
| Vacunación |  |  |
| Consulta de Niños - Niñas Enfermos |  |  |

1. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación sobre la estrategia IAMI en esta institución? SI NO

Enuncie los temas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ha recibido capacitación sobre lactancia materna SI NO

*(Marque la casilla según la respuesta de la persona, sin mencionar los temas, la respuesta* ***SI*** *tiene un valor de 1, la respuesta* ***NO*** *tiene un valor de 0, si el puntaje total es 8 hay cumplimiento).*

 ***Total***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tema**  | **SI** | **NO** |
| Técnicas de Consejería |  |  |
| Posición Correcta |  |  |
| Valoración Oral Motora (búsqueda, succión, deglución, agarre) |  |  |
| Extracción Manual |  |  |
| Almacenamiento |  |  |
| Conservación |  |  |
| Ofrecimiento de Leche Materna |  |  |
| Biberones, chupos y alimentos que interfieren con lactancia |  |  |
| Otro. ¿Cuál? |  |  |

1. ¿Puede enunciar por lo menos 3 ventajas de amamantar y las desventajas del uso de chupos y biberones?

VENTAJAS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DESVENTAJAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Desventajas del biberón: Alteración del patrón de succión de succión, disminución del deseo de mamar, disminución de la producción de leche materna, si menciona las 3 ventajas se dará un puntaje de1, si no se dará un puntaje de 0).* ***Total***

1. ¿Se permite el ingreso de un acompañante para la gestante al control prenatal?

SI NO

1. Nombre 3 signos de alarma por los cuales debe consultar inmediatamente la gestante a la institución de salud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Fiebre, sangrado genital, dolor o ardor en hipogastrio o área perineal, cefalea intensa que no pasa, mareos, pérdida de conocimiento, vómitos intensos, sed intensa que no pasa, orina muy escasa, edema en cara y miembros inferiores y superiores, disminución o ausencia de movimientos fetales, contracciones antes de la semana 37 de gestación).si menciona los 3 signos de alarma se dará un puntaje de 1, si no menciona los 3 signos de alarma se dará un puntaje de 0).* ***Total***

1. Nombre 4 recomendaciones que se deben dar a la madre o responsable del niño sobre su cuidado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Lactancia materna, no uso de biberones, higiene bucal, asistencia a controles de crecimiento y desarrollo, odontología, si menciona las 4 recomendaciones de un puntaje de 1, si no menciona las 4 de un puntaje de 0).*

 ***Total***

1. Le indica a la gestante o la madre del lactante porque los biberones o chupos interfieren o no se recomiendan en la lactancia materna.

SI NO

**Gracias por su colaboración.**