

## PROGRAMA DE MATERNIDAD

PERÍODO DE EMBARAZO	1ER TRIMESTRE			2DO TRIMESTRE			3ER TRIMESTRE			POST PARTO (Hasta 42 días posteriores)
CONSULTAS	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8avo mes	9eno mes	
Ginecología	1	1	1	1	1	1	1	2 veces (quincenal)	4 veces (semanal)	2
Odontología	Una evaluación que incluye odontograma y profilaxis									
Psico Profilaxis	7 sesiones programadas por entidad vinculada									
LABORATORIO										
Hemograma completo	1								1	
Grupo sanguíneo y factor	1									
Glicema en ayunas	1									
Creatinina	1									
VDRL o RPR	1									
ELISA VIH1 VIH2*	1									
HB AgS									1	
Examen completo de orina	1									
Ecografía convencional**	1					1			1	
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES										
Fierro <sup>1</sup> : solo o c/ ácido fólico	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab
Calcio <sup>2</sup> más vit. D	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab

\* Previa firma de consentimiento informado.

\*\* Incluye perfil biofísico, diámetros cefálico, torácicos, longitud de fémur, transluminiscencia nual.

<sup>1</sup> Como sulfato, gluconato u otra sal.

<sup>2</sup> Como carbonato o citrato.