

¿PIENSAS QUE TU BEBÉ SUFRE DE ESTREÑIMIENTO?

Realiza este test y compártelo con el pediatra



NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

Para niños menores de 4 años, marque haciendo click cuáles criterios cumple su hijo (puede seleccionar más de uno):

1
2 o menos evacuaciones por semana

2
Historia de retención fecal excesiva.

3
Historia de evacuaciones dolorosas o duras.

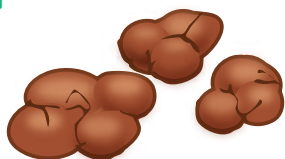
4
Historia de heces de gran tamaño (heces de gran diámetro).

5
Presencia de masa fecal en el recto.

ESCALA DE BITSS

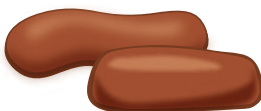
Marque haciendo click que tipo de heces presenta su hijo (selección única):

TIPO 1



Heces en forma de bolas duras y separados que pasan con dificultad.

TIPO 2



Heces en forma de salchicha o serpiente, lisa y suave

TIPO 3



Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa.

TIPO 4



Acuosa, sin trazos, totalmente líquida

El bebé/niño presenta estos síntomas desde: ___ / ___ / ___

Nestlé Mom & me
COMIENZO SANO. VIDA SANA