



## KARTA PROBLEMÓW/ZABURZEŃ W KARMIENIU PIERSIĄ

DATA GODZ	PROBLEM	REALIZACJA ROZWIĄZANIA PROBLEMU	ZALECENIA	PODPIS
	<b>KONSULTACJE SPECJALISTÓW:</b>			
	<b>KONSULTANT/ DORADCA LAKTACYJNY:</b>			
	<b>ZLECONO DOKARMIANIE:</b>	<b>Mleko mamy:</b> ..... x / dobę po ..... ml <b>Mieszanka :</b> ..... x / dobę po ..... ml (.....) <b>Jaką metodą.....</b>	<b>Podpis lekarza</b>	<b>Podpis matki</b>