

OBSERWACJA / ANALIZA/ MASY CIAŁA DZIECKA

Masa urodzeniowa g
Masa najniższa / wypisowa (data) g
Inne masy ciała g
Masa obecna /CENTYL g
Średni dobowy przyrost g/dobę

Ocena mechanizmu ssania (badanie na palcu):

Otwieranie ust	wystarczające	niewystarczające
Ułożenie warg	wywnięte	wciągnięte
Ułożenie języka	do przodu	cofnięty
Ruchy gryzące	nieobecne	obecne
Ruchy ssące	głębokie	płytkie
Nieprawidłowości utrudniające ssanie: nie / tak (jakie?)	

Ocena karmienia przy piersi:

Rozpoznanie (ICD):

Zalecenia:

Korekta pozycji Nie / Tak Trening ssania Nie / Tak
Dokarmianie Nie / Tak (czym, ile, jak?)

Inne

KARTA PORADY LAKTACYJNEJ Nr

Imię i nazwisko/podpis osoby udzielającej
porady /pieczętka

Data

DANE MATKI

Imię i nazwisko matki /wiek/.....

Adres Tel.

Zawód / wykształcenie

DANE DZIECKA

Imię Wiekdni/tyg./m-ce; które dziecko

Data urodzenia dziecka

Miejsce urodzenia : szpital pkt. Apgar

Urodzone o czasie wcześniejpóźniej.....

Poród naturalny (bez leków) z lekami

Zabiegowy (jaki; przyczyna?)

Cięcie cesarskie (przyczyna?)

Leki

POWÓD ZGŁOSZENIA:

WYWIAD RODZINNY

Karmienie poprzednich dzieci piersią: Tak /jak długo?.....

Nie / dlaczego?

Wsparcie w rodzinie: Tak Nie

KARMNIENIE W SZPITALU

STS: tak (czas trwania / nie
Pierwsze karmienie: w jakim czasie po porodzie.....
Problemy z dzieckiem : Nie / Tak (jakie?)
Problemy u matki: Nie / Tak (jakie?)
Karmienie piersią: Tak Jak często Nie
Z kapturkiem? Nie / Tak (jak długo?)
Dokarmianie: Nie / Tak (czym, jak długo?).....
.....
Odciąganie pokarmu: tak nie
Pobyt: matka z dzieckiem oddzielnie

KARMNIENIE OBECNIE

Karmienie piersią Tak (liczba karmień na dobę).....z ilu piersi Nie
W tym karmienia nocne (23.00-6.00) Tak Nie
Jak długo trwa jedno karmienie
Z kapturkiem? Nie / Tak (jak długo?)
Karmienie wg potrzeb? Tak / Nie (jak?)
Dokarmianie w ciągu ostatnich 3 dni:

Pokarm matki			
Mieszanka			

Sposób dokarmiania:
Odciąganie pokarmu: Nie / Tak (ile wczoraj?).....

WYDALANIE

Moczenie pieluch: Na dobę
Oddawanie stolca: Na dobę

Objawy kolki / ulewianie

Tak Nie

Smoczek - uspokajaczek

Nie Tak (od kiedy?)

Stosowane leki / używki / antykoncepcja:

Matka: Dziecko

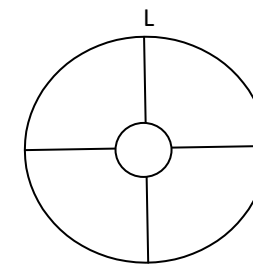
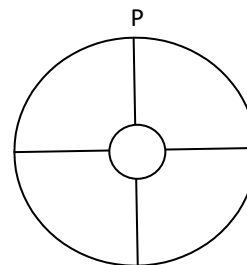
Miesiączka po porodzie: Nie Tak (kiedy?)

BADANIE PIERSI / WYWIAD/ OBSERWACJA

Wzrost piersi w ciąży: tak / nie Nawał mleczny: tak (w której dobie.....) / nie

Pierś: Mała Średnia Duża

Pierś – zmiany Nie Tak (jakie?)



Brodawka : Prawidłowa Płaska Wklęsła Duża Szeroka Mała Długa
Po karmieniu?

Brodawki – zmiany: Nie Tak (jakie?)

Stan emocjonalny matki:.....

BADANIE / OBSERWACJA ZACHOWANIA DZIECKA

.....
.....
.....
.....