

<p><b>שם היועצת</b></p>		<p><b>תואר בהנקה: יועצת הנקה בינ"ל מוסמכת/מדריכה הנקה/יועצת הנקה-אחות/יועצת הנקה/אחר: _____</b></p>	
<p><b>פרטי האם (שם ומשפחה):</b></p>			
<p><b>תז:</b></p>		<p><b>אימיל:</b></p>	
<p><b>גיל האם</b></p>		<p><b>טלפון</b></p>	
<p><b>תאריך לידה</b></p>		<p><b>שבועות הריון</b></p>	<p><b>לידה מספר:</b></p>
<p><b>לידה</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> לידה רגילה</li> <li><input type="checkbox"/> לידה ראשונה</li> <li><input type="checkbox"/> לידה קיסרית</li> <li><input type="checkbox"/> לידת פג</li> <li><input type="checkbox"/> לידת יונק מתחת ל-2.5 קג</li> <li><input type="checkbox"/> לידה לפני המועד</li> <li><input type="checkbox"/> הפרדה בין האם והתינוק בלידה</li> </ul>		<p><b>דגימת חלב:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> שד ימין</li> <li><input type="checkbox"/> שד שמאל</li> </ul> <p><b>האם בזמן ההפניה האימא מקבלת טיפול:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> אנטיביוטי</li> <li><input type="checkbox"/> אנטי פטרייתי</li> <li><input type="checkbox"/> אחר:</li> <li>שם התרופה:</li> <li>גורם הטיפול:</li> </ul>	
<p><b>הסימפטומים שהאימא מתארת (אפשר כמה):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> כאב בזמן ההנקה (דוקר שורף פועם) בפיטמה ובעטרה</li> <li><input type="checkbox"/> כאב בזמן ההנקה (דוקר שורף פועם) בשאר השד</li> <li><input type="checkbox"/> כאב לאחר הנקה בפיטמה (דוקר שורף פועם)</li> <li><input type="checkbox"/> כאב עמוק לאחר הנקה (דוקר שורף פועם)</li> <li><input type="checkbox"/> פיטמה שמשנה צורה לאחר הנקה</li> <li><input type="checkbox"/> תחושת גרד בפיטמה/ תחושת גרד במקום אחר</li> <li><input type="checkbox"/> צבע לא רגיל (פיטמה או עטרה)</li> <li><input type="checkbox"/> מרקם לא רגיל (פיטמה או עטרה)</li> <li><input type="checkbox"/> פצע/ סדקים ללא מוגלה</li> <li><input type="checkbox"/> פצע/ סדקים עם מוגלה</li> <li><input type="checkbox"/> גודש</li> <li><input type="checkbox"/> אדמה</li> <li><input type="checkbox"/> נפיחות</li> <li><input type="checkbox"/> פריחה</li> <li><input type="checkbox"/> אזור קשה</li> <li><input type="checkbox"/> אבסס</li> <li><input type="checkbox"/> אדמומיות</li> <li><input type="checkbox"/> ירידה בכמויות חלב</li> <li><input type="checkbox"/> הקרנה של הכאב לאיברים אחרים</li> <li><input type="checkbox"/> מראה לא תקין של השד</li> <li><input type="checkbox"/> מרקם חיצוני הדומה לקליפת תפוז</li> </ul>		<p><b>שד סמפטומטי</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ימין</li> <li><input type="checkbox"/> שמאל</li> <li><input type="checkbox"/> שניהם</li> </ul>	
<p><b>במידה ושני השדיים סמפטומטיים, האם החומרה זהה?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> כן</li> <li><input type="checkbox"/> לא</li> </ul>		<p><b>היסטורית הנקה:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ההנקה תקינה</li> <li><input type="checkbox"/> עודף חלב</li> <li><input type="checkbox"/> קשיים משמעותיים בהנקה</li> <li><input type="checkbox"/> גודש קיצוני</li> <li><input type="checkbox"/> אבסס</li> <li><input type="checkbox"/> זיהום ניכר</li> <li><input type="checkbox"/> דלקות חוזרות</li> <li><input type="checkbox"/> פטריה בשד</li> </ul>	
<p><b>האם יש חום ותחושת שפעת? כן/לא כמה ימים? _____</b></p>		<p><b>האם האמא אושפזה לאחרונה? כן/לא</b></p>	
<p><b>האם התינוק מסרב לינוק?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> לא</li> <li><input type="checkbox"/> כן, משד ימין</li> <li><input type="checkbox"/> כן, משד שמאל</li> <li><input type="checkbox"/> כן, משני השדיים</li> </ul>		<p><b>הנקה מרובה תאומים/שלישיה/טנדם</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> האמא בתקופת גמילה</li> <li><input type="checkbox"/> דילוגים על הנקות או הפסקות ארוכות</li> </ul>	
<p><b>תזונת התינוק:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> הנקה בלעדית</li> <li><input type="checkbox"/> חלקית</li> <li><input type="checkbox"/> כמה הנקות ביום?</li> <li><input type="checkbox"/> כמה שאוב ביממה (מ"ל)?</li> <li><input type="checkbox"/> כמה תמ"ל(מ"ל) ביממה?</li> <li><input type="checkbox"/> שילוב מוצקים? כן/לא</li> </ul>		<p><b>היסטוריה רפואית של האם:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> מחלה כרונית</li> <li><input type="checkbox"/> סוכרת</li> <li><input type="checkbox"/> סוכרת הריון</li> <li><input type="checkbox"/> בעיות הורמונליות/בעיות בבלוטת התריס</li> <li><input type="checkbox"/> דכאון/חרדה</li> <li><input type="checkbox"/> תרופות קבועות פרטי: _____</li> <li><input type="checkbox"/> טיפול אנטיביוטי בחודש האחרון שם התרופה:</li> <li><input type="checkbox"/> הסטוריה של פטריה וגנאלית</li> <li><input type="checkbox"/> פטריה באם באזור אחר באמא (לפרט)</li> <li><input type="checkbox"/> האימא היתה מאושפזת אחרי הלידה</li> <li><input type="checkbox"/> טיפול אנטי פטרייתי בחודש האחרון שם התרופה:</li> <li><input type="checkbox"/> מעשנת</li> </ul>	
<p><b>הנקה בלידות קודמות:</b></p>		<p><b>שימוש בפרוביוטיקה:</b></p>	

<p>ליילד: כן / לא שם מוצר: לאימא: כן / לא שם מוצר:</p>	<p><input type="checkbox"/>הנקה משולבת פורמולה <input type="checkbox"/>כאבים בשד <input type="checkbox"/>דלקות חוזרות <input type="checkbox"/>פטריה <input type="checkbox"/>אבסס <input type="checkbox"/>גודש מסיבי <input type="checkbox"/>לשון קשורה</p>
<p>הופנה לרופא כן/לא בקליניקה/רופא משפחה המליצה לרופא:</p>	<p><b>טיפול הומליץ:</b> ריקון השד טיפול אנטיביוטי טיפול אנטי פטרייתי רפידות שטיפות עם איזה חומר: _____ אחר _____</p>

הערות: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_