

## טופס מרכז הנקה מומחה.

חו"ד יועצת הנקה\_הכנה להנקה/ הנקה בשבוע הראשון

שם היועצת		תואר בהנקה: יועצת הנקה בינ"ל מוסמכת/מדריכה הנקה/יועצת הנקה-אחות/יועצת הנקה/אחר: _____	
שם האמא		שם משפחה	
תז:		סיכון לווLS, הפניה לבדיקת היום החמישי סיבת הפניה לבעיה (ניתן לסמן כמה): <input type="checkbox"/> לידה ראשונה <input type="checkbox"/> לידה קיסרית מתוכננת <input type="checkbox"/> לידת לפני המועד/לידת פג <input type="checkbox"/> לידה עם אפידורל <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> הריון בסיכון <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ריבוי עוברים <input type="checkbox"/> כשל/כאבים בהנקה בעבר <input type="checkbox"/> גיל, אמהות ייחודניות <input type="checkbox"/> בעיות שדיים בעבר <input type="checkbox"/> לידה 10 והלך <input type="checkbox"/> פגמים בעובר המצריכים הפרדה מהתינוק <input type="checkbox"/> חשד לעיכוב בכניסת החלב בימים הראשונים <input type="checkbox"/> חשד להתייבשות התינוק <input type="checkbox"/> הפרדה בין האם והתינוק ביממות הראשונות <input type="checkbox"/> שילוב תמ"ל (פורמולה) ביממות הראשונות	
אימייל:		מספר הריונית:	
טלפון:		לידה מספר:	
מספר הריונית:		מספר עוברים:	
שבוע בהריון:		מין	
תאריך לידה משוער		הערכת משקל העובר ללידה	
אחוזון		אחוזון	
גיל האם	משקל האם	גובה	BMI
עליה במשקל בהריון? <input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> פחות מהמומלץ <input type="checkbox"/> מעל המומלץ		סוג: <input type="checkbox"/> הכנה להנקה <input type="checkbox"/> ימים ראשונים לאחר הלידה	
היסטוריה רפואית: תחלואה כרונית? כן/לא פרטי: _____ ניתוח בשדיים? כן/לא פרטי: _____ תרופות קבועות? כן/לא פרטי: _____ מעשנת? כן/לא פרטי: _____ בעיות הורמונליות/בלוטת התריס? כן/לא פרטי: _____ סכרת? כן/לא פרטי: _____		הריון נוכחי: הריון ספונטני? כן/לא עובר אחד? כן/לא סכרת הריון? כן/לא הריון בסיכון? כן/לא סיבה: _____ מעשנת בהריון? כן/לא תרופות בהריון? כן/לא פרטי: _____ מולטיימיניום/חומצה פולית/ברזל? כן/לא פרטי: _____ האם השדיים גדלו? כן/לא	
לידה מתוכננת/לידה: <input type="checkbox"/> לידה לא התערבותית <input type="checkbox"/> קיסרית <input type="checkbox"/> אפידורל <input type="checkbox"/> לידה לפני המועד <input type="checkbox"/> לידה מרובה <input type="checkbox"/> לידה מכשרנית סיבה:		הריון נוכחי: הריון ספונטני? כן/לא עובר אחד? כן/לא סכרת הריון? כן/לא הריון בסיכון? כן/לא סיבה: _____ מעשנת בהריון? כן/לא תרופות בהריון? כן/לא פרטי: _____ מולטיימיניום/חומצה פולית/ברזל? כן/לא פרטי: _____ האם השדיים גדלו? כן/לא	
האם הינקה 4 שעות הראשונות לאחר הלידה? כן/לא		האם בלידות קודמות הופיעו הארועים: <input type="checkbox"/> סיבוכי בלידה <input type="checkbox"/> לידה מכשרנית <input type="checkbox"/> צירי לידה ממושכים <input type="checkbox"/> לידה קיסרית <input type="checkbox"/> לידת פג <input type="checkbox"/> לידה לפני המועד <input type="checkbox"/> אפידורל <input type="checkbox"/> הפרדה בין האם והתינוק בלידה	
התרשמות כללית מהאימא <input type="checkbox"/> רצון להניק <input type="checkbox"/> רצון לבית מלא <input type="checkbox"/> רצון ללידה טבעית		האם הנקת בלידות קודמות: כן/לא האם הנקת בלעדי 8 חודשים ראשונים: כן/לא היסטוריה בעית הנקה קודמת: <input type="checkbox"/> בעיות במשק החלב <input type="checkbox"/> לשון קשורה <input type="checkbox"/> בעיות עליית משקל <input type="checkbox"/> כאבים בהנקה (דלקות/פטריה/אחר) <input type="checkbox"/> שילוב תמ"ל בשבועות הראשונים	
תוצאה: ימין _____ תקין/גבול/לא תקין שמאל _____ תקין/גבול/לא תקין		מעקב בימים הראשונים	
גיל היונק (בימים)	משקל	4-5 חיתולים ביממה כן/לא 2 חיתולים מלוכלכים כן/לא	הנקה: <input type="checkbox"/> הנקה בלעדית <input type="checkbox"/> הנקה לפי דרישה <input type="checkbox"/> שילוב פורמולה כן/לא כמה? _____
איבד מעבר ל-10% ממשקל לידה כן/לא	הערכת משקל בהנקה/תקינה/לא תקינה	התינוק מיושב כן/לא תינוק רגוע לאחר הנקה כן/לא	הנקה: <input type="checkbox"/> הנקה בלעדית <input type="checkbox"/> הנקה לפי דרישה <input type="checkbox"/> שילוב פורמולה כן/לא כמה? _____
המלצות למעקב: <input type="checkbox"/> בדיקת היום החמישי <input type="checkbox"/> איתור עליה במשקל בשבוע הראשון <input type="checkbox"/> איתור לשון קשורה <input type="checkbox"/> מעקב גדילה <input type="checkbox"/> ממדי התייבשות ביונק <input type="checkbox"/> שילוב פורמולה		מכתב הפניה <input type="checkbox"/> המשך מעקב בקליניקה <input type="checkbox"/> הפניה לטיפת חלב <input type="checkbox"/> הפניה לרופא מטפל	

חו"ד איש מקצוע\_בדיקה ימים ראשונים BFC-F-004

מעבדות מיימילק. כל הזכויות שמורות.

www.mymilk.co.il/lacto .

