

טופס סיכום ביקור:

שם יועצת: _____ תאריך: _____

שם הנבדקת: _____ ת.ז: _____ נייד: _____

סיבת הגעה: הכנה להנקה ימים ראשונים כאבים בעקבות תשובת מעבדה בעיות עליה במשקל של היילוד בעיות גדילה / התפתחות של היילוד אחר: _____

ממצא: _____

המלצות: _____ חלון זמן לתכנית הנוכחית _____

המלצות והמשך מעקב:

- שיחת מעקב טלפונית ביום _____ בין השעות _____
- ביקור נוסף בקליניקה בעוד _____
- המלצה לבדיקה מסוג: בדיקת יום 5 בדיקה לכאבים בהנקה ויטמין B12 בחלב אם מיפוי תזונתי של חלב אם מומלץ לפנות אל יועצת הנקה בקהילה
- מומלץ לפנות לרופא _____ פרטי רופא מומלץ: _____
- המלצה לייעוץ דיאטנית - מעקב ל ברזל שומנים 12B אחר: _____
- המלצה לייעוץ אחר: _____

חתימת היועצת:

- הוסבר לי והובנו על ידי ההמלצות וההנחיות המפורטות מעלה
 - הובהר לי כי המשך המעקב אחרי פגישת ייעוץ זאת הינו באחריותי בלבד וכי מצופה ממני לקבוע פגישה נוספת בקליניקה באם אני זקוקה לייעוץ נוסף או מעקב המשך.
 - הובהר לי כי הייעוץ אינו מחליף ליווי בטיפת חלב, ייעוץ רפואי או ייעוץ פרטני מלא עם יועצת הנקה. פניה לייעוץ גורם מוסמך הוא באחריות הלקוחה בלבד. באם יש סתירה בין המלצות אלו לבין המלצות גורם מטפל ישיר של האם או של התינוק יש לדבוק בהמלצות הגורם המטפל. אנא ידעי אותנו כדי שנברר את הנושא.
 - הובהר לי כי התיק האישי שלי ישמר דסקרטי. גישה תינתן לצוות המרפאה ומעבדות מיימילק בלבד. אני מסכימה כי יהיה שימוש במידע מהייעוץ, ללא אזכור פרטים מזהים, למטרות חינוכיות ומטרות מחקר ופיתוח.
 - בכל מקרה של החמרה בסמפטומים או אם הסמפטומים אינם משתפרים ו/או בכל חשש לבריאות התינוק או בריאותך, יש לפנות בהקדם לרופא המטפל או ליועצת הנקה מוסמכת לפי שיקול דעתך בהתאם לחומרת הסימפטומים.
- שם מלא: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

מעבדות מיימילק

בדיקות בחלב אם www.mymilk.co.il