

מעבדות מיימילק_ סיכום פגישה_ MyMilk

שם האם (פרטי ומשפחה)	אמייל		תאריך המפגש
			שם יועצת הנקה
תז של האמא	שם התינוק	גיל	חתימת היועצת

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

מה נעשה בפגישה: הדרכה הכנה להנקה תיקון תנוחת הנקה שאיבה סחיטת שד ידנית עיסוי גודש מתן חלב אם לתינוק בכפית מתן תמ"ל אחר: _____

מבחן LATCH	0	1	2	ציון	הערות
תפיסה L	<input type="checkbox"/> ישנוני או לא משתף פעולה. <input type="checkbox"/> אין אחיזה	<input type="checkbox"/> נסיונות חוזרים, אחיזה של הפיטמה. <input type="checkbox"/> יש צורך בגירוי כדי לבלוע. <input type="checkbox"/> פיטמת סיליקון	<input type="checkbox"/> אחוז טוב את השד: לשון חופנת, שפתיים מפוסקות ובליעות ריתמיות		
קולות בליעה A	<input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> נשמעים רק על ידי האימא	<input type="checkbox"/> מספר בליעות לאחר גירוי	<input type="checkbox"/> בליעות ספונטניות ותכופות		
סוג פיטמה T	<input type="checkbox"/> שקועה (הפוכה)	<input type="checkbox"/> שטוחה <input type="checkbox"/> יש צורך ב-RPS	<input type="checkbox"/> בולטת (לאחר גירוי)		
נוחות C	<input type="checkbox"/> גודש, סדקים, חתכים, פצעים, דימום. <input type="checkbox"/> אי נוחות ניכרת	<input type="checkbox"/> פגעי עור בתהליך החלמה. <input type="checkbox"/> אי נוחות בינונית	<input type="checkbox"/> שד רך ללא רגישות		<input type="checkbox"/> יש צורך בהתערבות משחתית או הידרוג'ל
אחיזה H	<input type="checkbox"/> עזרה מלאה בהצמדה ובהחזקת התינוק על השד	<input type="checkbox"/> עזרה מינימלית לאימא (כריות). <input type="checkbox"/> אחרי הדגמה בצד אחד יישום בשני. <input type="checkbox"/> עזרה רק בהתחלה <input type="checkbox"/> אימא מבקשת עזרה בהנקה הבאה (1)	<input type="checkbox"/> ללא עזרה		

שאלון EPDS: ציון _____

תשובת בדיקה מסוג: עיכוב LDII תרבית חלב תרבית פצע תקינה/לא תקינה

חשד ל / סיכון ל: עיכוב LDII דלקת בשד פצע בפיטמה דלקת אקוטית צינורית סתומה ייצור יתר כאב עצבי זיהום בצינוריות קנדידה חשד לחסרים תזונתיים בעיות עליה במשקל של היילוד בעיות גדילה/התפתחות של הילוד אחר: _____

המלצה/הפניה

המלצה לבדיקה מסוג: עיכוב LDII תרבית חלב תרבית פצע ויטמין B12 מיפוי תזונתי נשלחה בדיקה מסוג: עיכוב LDII תרבית חלב ויטמין B12 תרבית פצע אחר: _____

המלצה למעקב: קליניקה יועצת הנקה טיפת חלב רופא תוך _____ ימים / שבועות

הפניה ליעוץ דיאטטית- מעקב ל ברזל שומנים 12B אחר: _____

המלצה הנוגעת לתינוק: _____

תיזכורים

לשלוח מסרון "מעקב": תוך _____ ימים / שבועות או ביום _____ שעה: _____

שיחת מעקב ע"י היועצת תוך _____ ימים / שבועות או ביום _____ שעה: _____

כל הזכויות שמורות. מעבדות מיימילק.
הזמנת בדיקות בחלב אם www.mymilk.co.il