

<p><b>שם היועצת</b></p> <p><b>אימייל</b></p> <p><b>טלפון</b></p>		<p><input type="checkbox"/> תזונתית קלינית</p> <p><input type="checkbox"/> יועצת הנקה</p> <p>הכשרה:</p>		<p><b>תאריך:</b></p>	
<p><b>פרטי האם (שם ומשפחה):</b></p>					
<p><b>המלצה לבדיקה</b></p> <p><input type="checkbox"/> תזונתית מלאה</p> <p><input type="checkbox"/> בדיקת ויטמין ב'12</p>		<p><b>תז</b></p>		<p><b>אימייל</b></p>	
<p><b>סיבת הפנייה לבעיה (ניתן לסמן כמה):</b></p> <p><input type="checkbox"/> תינוקות במשקל לידה קטן מ-3 ק"ג</p> <p><input type="checkbox"/> היסטוריה של בעית ספיגה של ויטמין ב'12</p> <p><input type="checkbox"/> היסטוריה של דלקות מעיים או טיפולים במערכת העיכול</p> <p><input type="checkbox"/> חשד לבעית גדילה והתפתחות ביונק</p> <p><input type="checkbox"/> חשד לחסרים בתזונת האם</p> <p><input type="checkbox"/> דלקות שד חוזרות וטיפול אנטיביוטי ממושך</p> <p><input type="checkbox"/> הלקוחה בחרה מרצונה לבצע את הבדיקה</p>					
<p><b>תאריך לידה:</b></p>		<p><b>משקל התינוק בלידה</b></p>		<p><b>אחוזון בלידה:</b></p>	
<p><b>שבועות הריון:</b></p>		<p><b>לידה:</b></p> <p><input type="checkbox"/> רגילה</p> <p><input type="checkbox"/> קיסרית</p> <p><input type="checkbox"/> לפני המועד</p> <p><input type="checkbox"/> לידת פג</p>		<p><b>גיל התינוק כיום:</b></p>	
<p><b>מין הילוד</b></p> <p><input type="checkbox"/> בן</p> <p><input type="checkbox"/> בת</p> <p><input type="checkbox"/> שניהם</p>		<p><b>הנקה:</b></p> <p><input type="checkbox"/> בלעדית</p> <p><input type="checkbox"/> חלקית- משולבת פורמולה</p> <p><input type="checkbox"/> הנקה מרובה (תאומים/שלישיה)</p> <p><input type="checkbox"/> הנקת טנדם</p>		<p><b>תאריך לידה:</b></p>	
<p><b>האמא</b></p>					
<p><b>משקל האם כיום:</b></p>		<p><b>גובה:</b></p>		<p><b>BMI</b></p>	
<p><b>תוצאות דם עדכניות:</b></p> <p><b>כל התוצאות בטווח הנורמה מחוץ לנורמה:</b></p>		<p><input type="checkbox"/> צמחוניות</p> <p><input type="checkbox"/> טבעוניות</p> <p><input type="checkbox"/> אינה צורכת מספיק מזון מן החי</p> <p><input type="checkbox"/> דיאטה</p> <p><input type="checkbox"/> אינה אוכלת מגוון</p> <p><input type="checkbox"/> אינה אוכלת מספיק</p> <p><input type="checkbox"/> נמנעת ממזונות מסויימים</p> <p><b>אחר:</b> _____</p>		<p><b>גיל האם:</b></p> <p>עליה במשקל בהריון:</p>	
<p><b>תוצאות ויטמין 12B אחרונות</b></p> <p>תקינות/גבוליות/נמוכות</p> <p><b>מתי? בהריון/לפני ההריון</b></p>		<p><b>צריכת אבות המזון ע"י האם:</b></p> <p>פחממות /חלבון /שומן/ קלוריות</p> <p><input type="checkbox"/> תקינה</p> <p><input type="checkbox"/> פחות מהערך הקלורי הנדרש</p> <p><input type="checkbox"/> חסרה בחלבון</p> <p><input type="checkbox"/> חסרה בפחממות מורכבות</p> <p><input type="checkbox"/> חסרה בשומנים "טובים"</p>		<p><b>לאחר אינטייק, מזון חסר בתזונת האם:</b></p> <p><input type="checkbox"/> פירות וירקות</p> <p><input type="checkbox"/> דגנים מלאים</p> <p><input type="checkbox"/> דגניים</p> <p><input type="checkbox"/> בשר, עוף, ביצים</p> <p><input type="checkbox"/> מוצרי חלב</p> <p><input type="checkbox"/> דגים</p> <p><input type="checkbox"/> אגוזים/זרעים/שומנים הצומח</p> <p><b>לאחר אינטייק, סמני:</b></p> <p><input type="checkbox"/> קפאין- כוסות קפה ביום: _____</p> <p><input type="checkbox"/> תזונה עשירה בשומן טרנס</p> <p><input type="checkbox"/> עשירה בפחממות פשוטות</p> <p><input type="checkbox"/> תזונה עשירה באומגה 6</p>	
<p><b>לאחר ביצועי אינטייק:</b></p> <p>נוטריאנטים בסיכון לחסר:</p> <p>VITAMIN B12 <input type="checkbox"/></p> <p>VITAMIN B6 <input type="checkbox"/></p> <p>VITAMIN B1 <input type="checkbox"/></p> <p>VITAMIN B2 <input type="checkbox"/></p> <p>VITAMIN A <input type="checkbox"/></p> <p>VITAMIN D <input type="checkbox"/></p> <p>VITAMIN C <input type="checkbox"/></p> <p>סלניום <input type="checkbox"/></p> <p>זינך <input type="checkbox"/></p> <p>אומגה 3 <input type="checkbox"/></p> <p>ברזל <input type="checkbox"/></p> <p>פולאט <input type="checkbox"/></p> <p>סידן <input type="checkbox"/></p> <p><b>אחר:</b> _____</p>		<p><b>איתור באם:</b></p> <p><input type="checkbox"/> חשד לחסרים תזונתיים בתזונת האם</p> <p><input type="checkbox"/> חשד לבעית ספיגה של ויטמין ב'12</p> <p><input type="checkbox"/> היסטוריה של דלקות במערכת העיכול</p> <p><input type="checkbox"/> דלקות שד חוזרות וטיפול אנטיביוטי ממושך</p>		<p><b>תוספים - כיום: כן/לא</b></p> <p><input type="checkbox"/> מולטי ויטמינים</p> <p><input type="checkbox"/> אומגה</p> <p><input type="checkbox"/> ויטמין ב' 12</p> <p><input type="checkbox"/> חומצה פולית</p> <p><input type="checkbox"/> ברזל</p> <p><input type="checkbox"/> אחר</p> <p><input type="checkbox"/> תוסף לייצור חלב- חילבה/אחר</p> <p><b>סיבת התיסוף:</b></p> <p><input type="checkbox"/> איש מקצוע- _____</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי ע"י הלקוחה</p> <p><b>תוספים- בהריון: כן/לא</b></p> <p><input type="checkbox"/> מולטי ויטמינים</p> <p><input type="checkbox"/> אומגה</p> <p><input type="checkbox"/> ויטמין ב' 12</p> <p><input type="checkbox"/> חומצה פולית</p> <p><input type="checkbox"/> ברזל</p> <p><input type="checkbox"/> אחר</p>	
<p><b>סמנים באם העשויים להעיד על חוסר תזונתי:</b></p> <p><input type="checkbox"/> עיוורון לילה</p> <p><input type="checkbox"/> סדקים בצד הפה</p> <p><input type="checkbox"/> פצעים בפה</p> <p><input type="checkbox"/> שיכחון</p> <p><input type="checkbox"/> עייפות</p> <p><input type="checkbox"/> סחרחורת</p>		<p><b>מצבים באם:</b></p> <p><input type="checkbox"/> סכרת הריון</p> <p><input type="checkbox"/> דכאון לאחר לידה</p> <p><input type="checkbox"/> סכרת</p> <p><input type="checkbox"/> אלרגיה למזון</p> <p><input type="checkbox"/> מחלה במערכת העיכול</p> <p><input type="checkbox"/> אנמיה</p> <p><input type="checkbox"/> מחלות כרוניות, פרטי: _____</p> <p><input type="checkbox"/> בעיות הורמונליות/ בבלוטת התריס</p> <p><input type="checkbox"/> דלקות שד חוזרות, טיפול ממושך באנטיביוטיקה</p> <p><input type="checkbox"/> תרופות? כן/לא פרטי: _____</p>		<p><b>התינוק</b></p> <p><b>עליה במשקל של היונק:</b></p> <p><input type="checkbox"/> תקינה</p> <p><input type="checkbox"/> גבולית</p> <p><input type="checkbox"/> לא מספקת</p>	
<p><b>בעיות ביילוד שדיווחו:</b></p> <p><input type="checkbox"/> פליטות מרובות</p> <p><input type="checkbox"/> שלשולים</p> <p><input type="checkbox"/> קוליק</p> <p><input type="checkbox"/> עירנות מוגברת/חוסר נוחות/עצבנות</p> <p><input type="checkbox"/> עייפות מוגברת</p>		<p><b>התפתחות:</b></p> <p><input type="checkbox"/> טונוס שרירים נמוך</p> <p><input type="checkbox"/> האטה התפתחותית</p> <p><input type="checkbox"/> האטה בגדילה</p> <p><input type="checkbox"/> תנועות גוף חריגות (רעידות/עייפות/האטה תנועות)</p>		<p><b>אחוזון כיום:</b></p>	

<p><b>איתור ביילוד</b></p> <p><input type="checkbox"/> לידת פג/לידה לפני המועד</p> <p><input type="checkbox"/> לידה במשקל לידה קטן מ-3 ק"ג</p> <p><input type="checkbox"/> חשד לחסרים תזונתיים בתינוק</p> <p><input type="checkbox"/> חשד להאטת גדילה ביונק</p> <p><input type="checkbox"/> חשד להאטה התפתחותית ביונק</p> <p><input type="checkbox"/> חשד לבעיות ספיגה ועיכול ביונק</p> <p><input type="checkbox"/> חשד לבעיות בריאותיות ביונק</p> <p>אחר: _____</p> <p><input type="checkbox"/> לא אותרו סיכונים ביונק</p>	<p><b>סימפטומים בתינוק:</b></p> <p><input type="checkbox"/> תפרחת עור</p> <p><input type="checkbox"/> עור מודלק</p> <p><input type="checkbox"/> עור ייבש במיוחד</p> <p><input type="checkbox"/> לשון אדומה</p> <p><input type="checkbox"/> סדקים בשפתיים</p> <p><input type="checkbox"/> דלקת/פצעים בחלל הפה</p> <p>אחר: _____</p>	<p><b>אורך</b></p> <p><input type="checkbox"/> תקין</p> <p><input type="checkbox"/> יורד אחוזונים</p>	<p><b>היקף ראש:</b></p> <p><input type="checkbox"/> תקין</p> <p><input type="checkbox"/> יורד אחוזונים</p>	<p><b>בעיות רפואיות בתינוק:</b></p> <p><input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן</p> <p>_____</p>
<p><b>הפניה:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ייעוץ ומעקב של דיאטנית קלינית פרטית</p> <p><input type="checkbox"/> מעקב גדילה והתפתחות טיפת חלב</p> <p><input type="checkbox"/> מעקב בקליניקה</p> <p><input type="checkbox"/> הפניה לרופא כן/לא</p>		<p><b>המלצות:</b></p> <p><input type="checkbox"/> שינוי תזונתי</p> <p><input type="checkbox"/> תוסף לאם</p> <p><input type="checkbox"/> תוסף לתינוק</p> <p><input type="checkbox"/> בדיקה תזונתית של חלב האם</p> <p><input type="checkbox"/> בדיקת דם</p>		

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_