

שם		משפחה		תאריך המפגש		ייעוצת ההנקה	
נייד		מייל		□ קסרי מתוכנן			
גיל האם	שבוע הריון	מספר העוברים	תאריך לידה משוער	הערכת משקל ללידה	אחוזון		
הריונות קודמים							
כמה לידות היו לך? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1							
לידות קודמות - לידה רגילה (לא התערבותית)? <input type="checkbox"/> אם הינקת בלידה קודמת? <input type="checkbox"/>							
הנקת בלעדי עד אזור 6 חודשים <input type="checkbox"/> הנקת כבר ביממה הראשונה ובלילה <input type="checkbox"/> ההנקה התנהלה ללא קשיים מיוחדים <input type="checkbox"/>							
מת' התחלת תוספות (תמ"ל/מזונות מוצקים): <input type="checkbox"/>							
מאיזה גיל לא היתה הנקה בלילה: <input type="checkbox"/>							
קושי: □ אין מספיק חלב □ לשון קשורה □ בעיות עליית משקל □ גודש □ כאבים ממושכים □ דלקות חוזרות □ פטריה □ אחר: <input type="checkbox"/>							
רקע רפואי							
תחלואה כרונית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם עברת ניתוח בשדיים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם יש הבדל ניכר בין השדיים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
הפרעות אכילה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם נכנסת להריון במשקל לא תקין (BMI מחוץ לתחום המומלץ)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם את לוקחת תרופות באופן קבוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם יש לך סכרת (לא סכרת הריון)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם את מעשנת / עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם יש בעיות הורמונליות או בעיות בבלוטת התריס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
הריון נוכחי							
האם הריון היה ספונטני? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם יש עובר אחד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם את לוקחת תוספי מזון מומלצים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם את חשה שינויים בשדיים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם עליית בהריון עד כה כמצופה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
מעשנת בהריון? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
הריון בסיכון? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
סכרת הריון? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
לקראת לידה							
האם מתוכננת לידה וגינלית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>							
האם מתוכננת לידה טבעית <input type="checkbox"/> מעוניינת לקבל אפיידורל? כן/לא <input type="checkbox"/>							
האם את מעוניינת להניק <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>							
השדיים גדלו בהריון ויש עליהם כלי דם <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>							

<p>אני מסכימה כי יהיה שימוש במידע מהייעוץ, ללא אזכור פרטים מזהים, למטרות חינוכיות ומטרות מחקר ופיתוח.</p> <p>אני מבינה כי ייעוץ ההנקה בקליניקה מיימילק אינו מחליף לייווי, טיפול והנחיות של תחנת טיפת חלב, צוות 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.</p> <p>מובן לי כי המשך המעקב אחרי פגישת ייעוץ זו הינו באחריותי בלבד וכי מצופה ממני לקבוע פגישה נוספת בקליניקה באם אני זקוקה לייעוץ נוסף או מעקב המשך.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • אני מסכימה שיועצת ההנקה תעבוד עימי ועם התינוק/ת שלי במסגרת מפגש זה ובכל מפגש המשך. • לשם מתן ייעוץ ההנקה, אני מרשה ליועצת לבחון את השדיים והפטמות שלי, לגעת בהם, לגעת בתינוק/ת שלי, ובכלל זה לערוך בדיקה ידנית של חלל הפה שלו/ה, לצפות בהנקה ולהדגים ולהשתמש בציוד וטכניקות כפי שיידרשו על מנת להדריך אותי ולייעץ לי בנוגע להנקה התינוק/ת שלי. • אני מצהירה בזאת כי כל המידע שנמסר על ידי הינו מידע אמין. אני מבינה כי מסירת מידע כוזב עלולה לפגום בייעוץ. • אני מסכימה כי מידע אודותי ואודות התינוק שלי ימסר לצוות קליניקה מיימילק, לצוות הרפואי, למעבדות מיימילק.
חתימה _____ X _____	שם מלא: _____

<p>גורמים עיקריים לעיכוב בכניסת החלב:</p> <ul style="list-style-type: none"> • לידה ראשונה • לידה לפני המועד • לידה קשה (איבוד דם מוגבר, צירי לידה ממושכים, לידה קיסרית) • הפרדה ממושכת בין האם והתינוק לאחר הלידה • ניהול הנקה לא תקינה • בעיות יניקה בתינוק (כגון לשון קשורה) • רקע השמנה וסכרת באם 	<p>זיהוי סממנים של עיכוב בכניסת החלב ביממה החמישית:</p> <ul style="list-style-type: none"> • תדירות. נראה שהתינוק שלך יונק "כל הזמן", כאשר ההנקה אינה מרגיעה אותו. • לפני הנקה. לא הרגשת בהתמלאות שדייך עד היום החמישי לאחר הלידה. • לאחר הנקה. השד גדוש, מלא וכואב ואינו מתרכך לאחר ההנקה. פטמותייך כואבות לכל אורך ההנקה. • שתן. לתינוק פחות מ- 6 חיתולים רטובים משתן ביממה ויש ריח של שתן מהחיתול. • יציאות. תינוקך עדיין מפריש מיקוניום (הצואה הראשונה – שחורה ודביקה) לאחר שמלאו לו 5 ימים. לתינוקך פחות מ- 3 יציאות ביממה לאחר שמלאו לו 4 ימים. • מראה התינוק. תינוקך לא שקט רוב שעות היום או שהוא אפטי ולא מגיב לגירויים. הפה שלו יבש, העור שלו נראה יבש ושקוע. כלל המראה שלו ירוד
---	--

בדיקת מיימילק לעיכוב בייצור החלב (בדיקת היום ה- 5 לאחר הלידה)

לאיבחון של בעיות בייצור החלב קרוב ללידה

בעזרת דגימת חלב קטנה (3-1 מ"ל) הנשלחת למעבדות מיימילק ביממה החמישית לאחר הלידה

איבחון מוקדם והתערבות במועד של עיכוב בייצור החלב DLU, מובילה להגדלת הסיכוי לשפע חלב והנקה מוצלחת לאורך זמן

www.mymilk.co.il/lacto