

למילוי ע"י יועצת הנקה		משפחה		שם
תאריך המפגש				
יועצת ההנקה		גיל האם	מייל	נייד
משקל נוכחי (בקליניקה)	משקל אחרון תאריך שקילה	אחוזון בלידה	משקל היונק בלידה	תאריך לידה
הערכה		אחוזון נוכחי	עליה במשקל תקין/לא תקין	גיל היונק
				מין הילוד ז/ז
סיבת פנייה (ניתן לסמן כמה):				
<input type="checkbox"/> האם מגבילה מזונות <input type="checkbox"/> דלקת בשד <input type="checkbox"/> כאבים בהנקה <input type="checkbox"/> הנקת פג/ משקל לידה נמוך מ3 ק"ג <input type="checkbox"/> בעיות עליה במשקל של היילוד <input type="checkbox"/> בעיות גדילה <input type="checkbox"/> אחר: _____ <input type="checkbox"/> והתפתחות של היילוד				
<p>אני מסכימה שיועצת ההנקה תעבוד עימי ועם התינוק/ת שלי במסגרת מפגש זה ובכל מפגש המשך.</p> <p>אני מבינה כי ייעוץ ההנקה בקליניקה מיימילק אינו מחליף ליווי, 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>מוכן 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> <p style="text-align: right;">שם מלא: _____ חתימה X _____</p>				
		X	✓	סמני
הריונות קודמים				
כמה לידות היו לך?		0	+1	
מספר הריונות: _____ מספר לידות: _____				
סמני: <input type="checkbox"/> לידה לפני המועד <input type="checkbox"/> קיסרית <input type="checkbox"/> משקל ילוד מתחת 2.5 ק"ג <input type="checkbox"/> הפרדה בין האם והילוד בלידה <input type="checkbox"/> אפיזורל <input type="checkbox"/> אחר: _____		לא	כן	לידות קודמות- לידה רגילה (לא התערבותית)?
מתי התחלת תוספות (תמ"ל/מזונות מוצקים): _____ מאיזה גיל לא היתה הנקה בלילה: _____ קושי: <input type="checkbox"/> אין מספיק חלב <input type="checkbox"/> לשון קשורה <input type="checkbox"/> בעיות עליית משקל <input type="checkbox"/> גודש <input type="checkbox"/> כאבים ממושכים <input type="checkbox"/> דלקות חוזרות <input type="checkbox"/> פטריה <input type="checkbox"/> אבסס <input type="checkbox"/> אחר: _____		לא לא לא לא	כן כן כן כן	האם הינקת בלידה קודמת? הנקת בלעדי עד אזור 6 חודשים הנקת כבר ביממה הראשונה ובלילה ההנקה התנהלה ללא קשיים מיוחדים
רקע רפואי				
האם את סובלת ממחלה/ מצב כרוני?		לא	כן	
אם כן, סמני: <input type="checkbox"/> אלרגיות מזון <input type="checkbox"/> צליאק <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> אחר: _____				
האם עברת ניתוח בשדדים?		לא	כן	
סוג: _____				
מחלות הורמונליות/ בעיות בבלוטת התריס		לא	כן	
פירוס: _____				
האם יש היסטוריה של דכאון או חרדה		לא	כן	
פירוס: _____				

פירוט: _____	לא	כן	האם את צורכת תרופות באופן קבוע
סיבה: _____	לא	כן	האם קבלת בחודש האחרון טיפול אנטיביוטי
תאריך טיפול אחרון: _____	לא	כן	האם יש לך הסטוריה של פטריה וגינלית
נמנעת ממזון מסוים: _____	לא	כן	האם את צמחונית / טבעונית / מגבילה מזונות מן החי
פירוט: _____	לא	כן	האם יש רקע של בעיות מעיים (דלקות/ניתוחים במערכת העיכול)
בדיקת ויטמין 12B אחרונה _____ מתי? בהריון/לפני ההריון גבוה/תקין/גבולי/נמוך מאוד	לא	כן	רקע של בעיות ספיגת ויטמינים
משקל: _____ גובה: _____ 2BMI _____ סוג דיאטה: _____	לא	כן	האם את מגבילה ארוחות או האם את מנסה להפחית במשקל?
<input type="checkbox"/> סחרחורת <input type="checkbox"/> עיוורון לילה <input type="checkbox"/> סדקים/פצעים בפה <input type="checkbox"/> חולשה <input type="checkbox"/> עייפות <input type="checkbox"/> שיכחון <input type="checkbox"/> אחר	לא	כן	האם את סובלת מסמפטומים הבאים
<input type="checkbox"/> כיום <input type="checkbox"/> בשנתיים האחרונות	לא	כן	מעשנת כיום או עישנת בשנתיים האחרונות
הריון ולידה הנוכחיים			
סיבה: _____	לא	כן	האם הריון היה ספונטני?
סיבה: _____	לא	כן	לידה במועד?
<input type="checkbox"/> קיסרי <input type="checkbox"/> התערבות: <input type="checkbox"/> אפידורל <input type="checkbox"/> פיטוצין <input type="checkbox"/> פטידין <input type="checkbox"/> לידה מכשירנית <input type="checkbox"/> קיסרי מתוכנן <input type="checkbox"/> קיסרי	לא	כן	האם הלידה היתה טבעית?
מספר: _____	לא	כן	האם יש ילוד אחד?
<input type="checkbox"/> מולטי ויטמינים (פרנטל) <input type="checkbox"/> ח. פולית <input type="checkbox"/> ברזל <input type="checkbox"/> אומגה <input type="checkbox"/> ויטמין 12B אחר	לא	כן	האם לקחת תוספי מזון בהריון (תדירות: <input type="checkbox"/> כל יום <input type="checkbox"/> 2-3 בשבוע <input type="checkbox"/> מדי פעם <input type="checkbox"/> לא)
<input type="checkbox"/> מולטי ויטמינים (פרנטל) <input type="checkbox"/> ח. פולית <input type="checkbox"/> ברזל <input type="checkbox"/> אומגה <input type="checkbox"/> ויטמין 12B אחר	לא	כן	האם את לוקחת תוספי מזון עכשיו (תדירות: <input type="checkbox"/> כל יום <input type="checkbox"/> 2-3 בשבוע <input type="checkbox"/> מדי פעם <input type="checkbox"/> לא)
עליה במשקל בק"ג בהריון: _____	לא	כן	האם עליית בהריון כמצופה?
	לא	כן	האם עישנת בהריון?
סיבה: _____	לא	כן	האם הוגדרת כהריון בסיכון?
	לא	כן	האם הוגדרת עם סכרת הריון?
טיפול תרופתי: _____	לא	כן	האם את חשה דכאון, חרדה? קושי להירדם?
ההנקה			
כמה הנקות ביום? _____ משך כל הנקה? _____ כמה פעמים ביום שאוב? _____ מ"ל? _____ כמה פעמים ביום תמ"ל (פורמולה)? _____ שילוב מזונות מוצקים? כן/לא _____ שילוב מים? כן/לא _____	לא	כן	הנקה בלעדית?
פירוט: _____	לא	כן	האם היו/יש קשיים משמעותיים בהנקה?
מתי? _____	לא	כן	האם היה גודש משמעותי?
<input type="checkbox"/> תאומים <input type="checkbox"/> שלישיה <input type="checkbox"/> טנדם <input type="checkbox"/> אחר	לא	כן	הנקה מרובה?
משך ההפסקה בין ההנקות? _____	לא	כן	האם את מדלגת על הנקות?
סיבה: _____	לא	כן	האם את בתהליך גמילה?
	לא	כן	האם את סובלת מעודף חלב?
התינוק			

האם התינוק היה מאושפז אחר הלידה?	כן	לא	סיבה? _____
לשון קשורה	כן	לא	האם עבר התרה? מתי?
סמפטומים בתינוק	כן	לא	<input type="checkbox"/> פריחה עורית <input type="checkbox"/> בעיות מוטוריות <input type="checkbox"/> אחר
בעיות גדילה?	כן	לא	
בעיות התפתחותיות?	כן	לא	פרטי _____
תינוק רגוע?	כן	לא	<input type="checkbox"/> לא נרגע על השד <input type="checkbox"/> קופצני <input type="checkbox"/> פסיבי <input type="checkbox"/> עיינות יתר <input type="checkbox"/> ישנוני
עליה במשקל תקינה? (שומר אחוזון גדילה?)	כן	לא	אחוזון לפני _____ ירד לאחוזון _____
גיל הילוד במדידה אחרונה	משקל	גובה	היקף
מס חיתולים עם שתן ביממה	מספר חיתולים עם צואה ביממה		

כאבים בשד – *יש למלא רק אם את חשה כאבים או חושדת בדלקת
סיבת הגעה למרפאה (ניתן לסמן כמה):

- דלקת חריפה בשד עם חום ותחושת שפעת (חום: _____)
 דלקת מקומית בשד
 כאב כרוני/עמוק בשד
 אי תגובה לאנטיביוטיקה אחרי 24 שעות האנטיביוטיקה: _____ מימן: _____
 אלרגיה לאנטיביוטיקה
 אחר: _____
 כמה ימים את סובלת מהסימפטומים? _____

סמני באיור: העברי קו בין הסימפטום והאזור הכואב ופרטי למטה מתי מתחילה התחושה

<input type="checkbox"/> כאב פנימי דוקר <input type="checkbox"/> כאב פנימי פועם <input type="checkbox"/> כאב פנימי שורף <input type="checkbox"/> פצע בפיטמה או סדק ללא מוגלה <input type="checkbox"/> פצע בפיטמה או סדק עם מוגלה <input type="checkbox"/> שלפוחית בפיטמה עם כיפה לבנה <input type="checkbox"/> נפוחות <input type="checkbox"/> אודם <input type="checkbox"/> גרד פנימי <input type="checkbox"/> גרד חיצוני <input type="checkbox"/> פריחה <input type="checkbox"/> אזור קשה בשד <input type="checkbox"/> אחר: _____	שד שמאל 	<input type="checkbox"/> כאב פנימי דוקר <input type="checkbox"/> כאב פנימי פועם <input type="checkbox"/> כאב פנימי שורף <input type="checkbox"/> פצע בפיטמה או סדק ללא מוגלה <input type="checkbox"/> פצע בפיטמה או סדק עם מוגלה <input type="checkbox"/> שלפוחית בפיטמה עם כיפה לבנה <input type="checkbox"/> נפוחות <input type="checkbox"/> אודם <input type="checkbox"/> גרד פנימי <input type="checkbox"/> גרד חיצוני <input type="checkbox"/> פריחה <input type="checkbox"/> אזור קשה בשד <input type="checkbox"/> אחר: _____	שד ימין
---	--------------------	---	--------------------

לפני כמה ימים התחיל הסימפטום	מלאי את רמת הכאב מ0-10 (10 הכי כואב) בעיתוי החמרה בתחושה:				סוג סימפטום
	כל הזמן	לקראת סיום הנקה	אמצע הנקה	תחילת הנקה	
					כאב פנימי עמוק דוקר
					כאב פנימי עמוק פועם
					כאב פנימי עמוק שורף
					כאב בפיטמה
					גרד פנימי מתחת לפטמה
					גרד פנימי בשד
					אחר:

הצורה של השד שמורה (ללא נפוחות או אודם)	כן	לא	
הפטמה במראה וצבע תקין (חום, ללא פצעים או קשקשים)	כן	לא	
לאחר ההנקה, הפטמה יוצאת ללא עיוות צורה וללא שינוי צבע	כן	לא	תיאור פיטמה לאחר הנקה: <input type="checkbox"/> מאורכת <input type="checkbox"/> מעוכה צבע פיטמה לאחר הנקה: <input type="checkbox"/> גוון אדום <input type="checkbox"/> לבנה
האם יש חום, צמרמורות ותחושת שפעת?	כן	לא	כמה ימים: _____
האם אושפזת לאחרונה בבית חולים?	כן	לא	מתי: _____

האם הפטמה רגישה לאחר ההנקה למגע?	כן	לא	
האם יש תחושה של ירידה בייצור החלב?	כן	לא	
האם יש הקרנה של הכאב לאיברים אחרים?	כן	לא	פרטי:
האם התינוק מסרב להנקה או מסרב ליניקה משד?	כן	לא	פרט איזה שד:
האם יש לך נטייה לפטריה וגינלית?	כן	לא	מזה כמה זמן: מתי לאחרונה? טיפול?
האם יש לתינוק פריחה בחיתול או פטרת פה	כן	לא	איפה: מתי הופיע _____ טיפול: _____
האם קיבלת טיפול אנטיביוטי בחודש האחרון (לא בהכרח לשד)	כן	לא	איזה אנטיביוטיקה: _____ משך: _____ מינון: _____
האם אובחנת עם פטריה בשד בעבר?	כן	לא	מתי?
האם טופלת במשחה או תרופה אנטי פטרייתית?	כן	לא	איזה: _____
האם אובחנת בעבר עם דלקת שד?	כן	לא	מתי? טיפול? משך?
האם את סובלת מדלקות חוזרות?	כן	לא	כמה פעמים? ממתית? תרופה: _____
האם היה לך אבסס?	כן	לא	מתי: _____ ניקוז: _____ תרופה: _____

איבחון באמצעות תרבית חלב אם

שילוב תרבית חלב אם באיבחון וטיפול בכאבים בהנקה מומלצת במקרים הבאים:

- בכל חשד לפטריה
- בכל מצב שבו האישה מדווחת על כאבים כרוניים, כאבים עמוקים או כל כאב שאינו מוסבר על ידי סממנים הנראים לעין
- כאשר הדלקת היא חוזרת
- דלקת שאינה מגיבה לאנטיביוטיקה תוך 24-48 שעות
- דלקת חריפה מאוד
- דלקת שנרכשה על רקע בית חולים

מומלץ לבצע את הבדיקה לפני התחלת טיפול, אולם במקרים חמורים או שאינם מגיבים לטיפול יתכן והצוות המטפל ימליץ על הבדיקה גם תחת טיפול.

בדיקת מיימילק לאיבחון כאב בהנקה משלבת תרבית חלב אם עם מדד לכמות תאי דם לבנים, לאיתור הפתוגן וכמותו (חיידק. פטרייה), ניטור חיידק עמיד, להכוונת הטיפול המתאים לכאב

למידע והזמנת הבדיקה: www.mymilk.co.il/mastitis



MyMilk Laboratories LTD

מעבדות מיימילק, מרכז מומחה בבדיקות בחלב אם
contact@mymilklab.com www.mymilk.co.il

כל הזכויות שמורות למעבדות מיימילק בלבד.

אושר לשימוש כחלק מתכני קורס כלים מתקדמים ליועצות הנקה 2016-2017 - ורד בוקעי וד"ר שרון ברנסבורג צברי