

## קליניקת מיימילק - מרפאת הנקה מתקדמת

שם		משפחה		למילוי ע"י דיאטנית	
				תאריך המפגש	
נייד		מייל		דיאטנית	
לאיזה קופה את שייכת?		האם יש לך ביטוח משלים של קופה?		האם יש לך ביטוח בריאות פרטי? כן/לא	
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כללית מושלם <input type="checkbox"/> כללית פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי זהב <input type="checkbox"/> מכבי שלי <input type="checkbox"/> אחר		חברת הביטוח: _____	
באיזה שבוע ילדת?		תאריך לידה		משקל תינוק אחרון: _____ משקל תינוק אחרון: _____ (בקליניקה)	
מין הילוד ז/נ		גיל היונק		עליה במשקל תקין/לא תקין	
		אחוזון בלידה		אחוזון נוכחי	
		הערכה			
<b>סיבת הגעה למרפאה (ניתן לסמן כמה):</b> <input type="checkbox"/> הנקת פג/משקל לידה נמוך מ3 ק"ג <input type="checkbox"/> בעיות עליה במשקל של היילוד <input type="checkbox"/> בעיות גדילה והתפתחות של הילוד <input type="checkbox"/> אחר: _____					
		x		✓	
<b>הריונות קודמים</b>					
כמה לידות היו לך?		+1		0	
לידות קודמות- לידה רגילה (לא התערבותית)?		כן		לא	
האם הינקת בלידה קודמת?		כן		לא	
הנקת בעלדי עד אזור 6 חודשים		כן		לא	
הנקת כבר ביממה הראשונה ובלילה		כן		לא	
ההנקה התנהלה ללא קשיים מיוחדים		כן		לא	
<b>רקע רפואי</b>					
האם את סובלת ממחלה/ מצב כרוני?		כן		לא	
האם עברת ניתוח בשדדים?		כן		לא	
מחלות הורמונליות/ בעיות בבלוטת התריס		כן		לא	
האם יש היסטוריה של דכאון או חרדה		כן		לא	
האם את צורכת תרופות באופן קבוע		כן		לא	
האם קיבלת לאחרונה טיפול אנטיביוטי ממושך (יותר מסשין טיפולי אחד)		כן		לא	
האם את אנמית?		כן		לא	
<b>הריון ולידה הנוכחיים</b>					
האם הריון היה ספונטני?		כן		לא	
לידה במועד?		כן		לא	
האם הלידה היתה טבעית?		כן		לא	
האם יש ילוד אחד?		כן		לא	
האם לקחת תוספי מזון בהריון (תדירות: כל יום 2-3 שבוע מדי פעם לא)		כן		לא	

## קליניקת מיימילק - מרפאת הנקה מתקדמת

<input type="checkbox"/> מולטי ויטמינים (פרנטל) <input type="checkbox"/> ח. פולית <input type="checkbox"/> ברזל <input type="checkbox"/> אומגה <input type="checkbox"/> ויטמין 12B <input type="checkbox"/> אחר	לא		האם את לוקחת תוספי מזון עכשיו (תדירות: 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?
<b>ההנקה</b>			
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?
<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?
<b>התינוק</b>			
סיבה? _____	לא	כן	האם התינוק היה מאושפז אחר הלידה?
האם עבר התרה? מתי?	לא	כן	לשון קשורה
אחוזון לפני ירד לאחוזון _____	לא	כן	עליה במשקל תקינה? (שומר אחוזון גדילה?)
פרטי: _____	לא	כן	בעיות גדילה?
פרטי: _____	לא	כן	בעיות התפתחותיות?
<input type="checkbox"/> לא נרגע על השד <input type="checkbox"/> קופצני <input type="checkbox"/> פסיבי <input type="checkbox"/> ערנות יתר <input type="checkbox"/> ישנוני <input type="checkbox"/> קוליק	לא	כן	תינוק רגוע?
<input type="checkbox"/> פריחה עורית <input type="checkbox"/> עור יבש <input type="checkbox"/> עור מודלק (אדמדם) <input type="checkbox"/> אחר _____	לא	כן	עור התינוק
<input type="checkbox"/> האטה בתנועה <input type="checkbox"/> רעידות <input type="checkbox"/> צמרמורות/עוויתות <input type="checkbox"/> אחר _____	לא	כן	תנועות גוף חריגות
<input type="checkbox"/> לשון אדומה <input type="checkbox"/> סדקים בשפתיים <input type="checkbox"/> דלקת/פצעים בחלל הפה <input type="checkbox"/> לשון לבנה <input type="checkbox"/> אחר _____	לא	כן	פה התינוק
<input type="checkbox"/> פליטות מרובות <input type="checkbox"/> שלשולים <input type="checkbox"/> אחר _____	לא	כן	מערכת עיכול תקינה
אחוזון	היקף	גובה	משקל
			גיל הילוד במדידה אחרונה
		מספר חיתולים עם צואה ביממה	מס חיתולים עם שתן ביממה
<b>תזונת האם</b>			
כמות ליום: _____	לא	כן	האם את צורכת דגנים מלאים ו/או קטניות באופן יומיומי?
	לא	כן	האם את צורכת פירות ו/או ירקות בשלל צבעים באופן יומיומי?
סוגי דגים: _____	לא	כן	האם את צורכת דגים 2-3 פעמים בשבוע?
	לא	כן	האם את צורכת לפחות אחד ממקורות החלבון הבאים באופן יומיומי: עוף/בשר/ביצים/מוצרי חלב?
	לא	כן	האם את צורכת שומן מן הצומח באופן יומי (אגוזים/זרעים/שמן צמחי)
הגבלה של: _____	לא	כן	האם את צמחונית / טבעונית / מגבילה מזונות מן החי?

## קליניקת מיימילק - מרפאת הנקה מתקדמת

האם את נמנעת מקבוצת מזון או מזונות מסוימים?	כן	לא	פרטי: _____
האם את צורכת באופן קבוע מזונות ארוזים מראש או מזון מהיר? (לדוג: עוגיות, מאפים, קרקרים, חטיפים, חטיפי גרנולה, ציפס)	כן	לא	
האם את נוהגת לאכול מחוץ לבית (מסעדות/בתי קפה) באופן יומי?	כן	לא	
האם יש רקע של בעיות מעיים (דלקות/ניתוחים במערכת העיכול)	כן	לא	פירוט: _____
רקע של בעיות ספיגת ויטמינים	כן	לא	פרטי: _____
האם את מגבילה ארוחות או האם את מנסה להפחית במשקל?	כן	לא	משקל: _____ גובה: _____ BMI: _____ סוג דיאטה: _____
האם את סובלת מהסימפטומים הבאים	כן	לא	<input type="checkbox"/> סחרחורות <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
האם את צורכת קפה?	כן	לא	מספר כוסות ביום: _____
מעשנת כיום או עישנת בשנתיים האחרונות	כן	לא	<input type="checkbox"/> כיום <input type="checkbox"/> בשנתיים האחרונות
בדיקות דם עדכניות- האם נצפו חסרים תזונתיים	כן	לא	תאריך: _____ פרטי: _____
בדיקת ויטמין 12B עדכנית/בהריון/מלפני ההריון- בטווח הנורמה?	כן	לא	תוצאת בדיקה- עדכנית: _____ בהריון: _____ לפני ההריון: _____
האם רוב השתייה שאת צורכת ביום היא מים?	כן	לא	כמות המים שאת צורכת ביום: _____ כוסות/ליטר כמות השתייה הממותקת שאת צורכת ביום: _____ כוסות/ליטר
<p>אני מסכימה שהדיאטנית תעבוד עימי במסגרת מפגש זה ובכל מפגש המשך.</p> <p>אני מצהירה בזאת כי כל המידע שנמסר על ידי הינו מידע אמין. אני מבינה כי מסירת מידע כוזב עלולה לפגום בייעוץ.</p> <p>אני מסכימה כי מידע אודותי ואודות התינוק שלי ימסר לצוות קליניקת מיימילק, לצוות הרפואי, למעבדות מיימילק.</p> <p>אני מסכימה כי יהיה שימוש במידע מהייעוץ, ללא אזכור פרטים מזיהם, למטרות חינוכיות ומטרות מחקר ופיתוח.</p>			
שם מלא: _____		חתימה X _____	