

VIZITĂ POSTNATALĂ ALĂPTARE

1. Verificare informații existente (înainte de vizita de consiliere)

Tipul vizitei (Inițială/Control)	
Scopul vizitei (Informativă/Consiliere)	
Sursa informațiilor (dacă deja aveți anumite date, dintr-o vizită anterioară, nu mai este necesar să completați câmpurile respective de mai jos. Completați doar ce s-a modificat de la ultima vizită și informațiile noi)	

2. Date personale despre mamă

Nume și Prenume	
Vârsta	
Stare civilă	
Etnie	
Ultimul nivel de învățământ de cel mai înalt grad absolvit	☐ fără școală absolvită ☐ primar (1- 4 clase) ☐ gimnazial (5-8 clase) ☐ profesional, de ucenici sau complementar ☐ treapta I de liceu (clasele 9-10) ☐ liceu (9-12 clase) ☐ postliceal de specialitate sau tehnic de maiștri ☐ universitar de scurtă durată / colegiu ☐ universitar lungă durată (inclusiv masterat) ☐ doctorat
Statutul ocupațional principal în ultimele 12 luni	☐ Salariat ☐ alt statut de persoană ocupată (zilier, lucrător la negru, etc.) ☐ Patron ☐ lucrător pe cont propriu în activități neagricole (PFA, AF, liber profesionist etc.) ☐ lucrător pe cont propriu în gricultură ☐ ajutor familial ☐ șomer înregistrat ☐ șomer neînregistrat (nu mai primește ajutor de șomaj/ alocație de sprijin și caută de lucru) ☐ pensionar(ă) la limită de vârstă ☐ alt tip de pensionar(ă) ☐ elev, student (Atenție! Se includ copiii care merg la grădiniță) ☐ casnică ☐ persoană în incapacitate de muncă

Condiții de muncă (favorabile/nocive)	
Salarii. Persoană care în ultima lună a obținut venituri din salarii, activități independente sau activități ocazionale. (Da/Nu)	
Alocație lunară de plasament (Da/Nu)	

Factori nocivi

Persoana consumă alcool zilnic (Da/Nu)	
Persoana consumă droguri (Da/Nu)	
Persoană care suferă de vreo boală cronică (Da/Nu) (TBC, HIV, diabet, boală psihică, etc)	
Boli/Afecțiuni cunoscute în familie	
Persoana beneficiază de asigurare medicală (Da/Nu)	
Persoană înscrisă la medicul de familie (Da/Nu)	
Nume Medic de Familie (Dacă este cazul)	

Condiții de trai

Locuiește la adresa din buletin (Da/Nu)	
Adresa curentă (Dacă răspunsul la prima întrebare este "Nu")	
Domiciliul/reședința este într-o zonă izolată, fără acces la telefon sau transport, în caz de urgență? (Da/Nu)	
Locuiește cu familia proprie/a partenerului/la rude/în propria locuință?	
Câte camere are locuința dvs., în afară de bucătărie, holuri baie și alte anexe?	

Aveți baie sau duș? (Da/Nu)	
Aveți toaletă în interior conectată la sistemul de canalizare? (Da/Nu)	
Număr de persoane în gospodărie	
Soțul / Partenerul / Mama/ soacra/ alte persoane adulte din casă vă ajută vreodată la treburile gospodăriei?	
Vă înțelegeți cu persoanele cu care locuiți? (Da/Nu – Descrieți)	

Date despre sănătatea tatălui

Tatăl este declarat (Da/Nu)	
Vârsta	
Persoana consumă alcool zilnic (Da/Nu)	
Persoana fumează? (Da/Nu)	
Cunoașteți să aibe probleme de sănătate? (Da/Nu)	
Beneficiază de asigurare medicală? (Da/Nu)	

Evaluarea mamei - Istoric medical

Data nașterii bebelușului.	
Sarcini anterioare? Câte?	
Locul nașterii (maternitate/acasa/alt spațiu)	
Asistată la naștere de: medic/ moașă/ AMC/ asistent medical	
Tipul nașterii (Vaginală/cezariană)	
Naștere: la termen/ prematură/ spontană/ indusă	
Câte avorturi ați făcut de-a lungul vieții?	
Câți copii are? Ce vârstă au?	
A avut epiziotomie? (Da/Nu)	
Probleme de sănătate în prezent? (Da/Nu)	
Luați medicamente în prezent? (Da/Nu). Ce medicamente?	
V-a examinat medicul de familie la șase săptămâni după naștere? (Da/Nu)	
Pe ceilalți copii (dacă are) i-ați alăptat? Până la ce vârstă?	
Ați primit informații despre alăptare în timpul sarcinii? (Da/Nu)	
Aveți contraindicație de alăptare? (Da/Nu)	
Vă doriți să alăptați? (Da/Nu)	
Cunoașteți metode de contracepție în perioada alăptării? (Da/Nu)	
Dacă da, cine vi le-a recomandat? (moașă/ AMC/ Asistent Medical/ Medic specialist)	

Stare fizica - bifați caracteristicile observate
Descrierea sânilor (detaliat, drept/stâng, cadrant)

CARACTERISTICI	Stâng	Drept
Volum crescut		
Roșeață		
Cald		
Tari		
Noduli		
Simetrici		
Altele		

Descrierea mameloanelor/areolei (detaliat, drept/stâng).

CARACTERISTICI	Stâng	Drept
Ieșit/neted/ombilicat		
Ragade		
Sensibil/dureros		
Alb după alăptare		
Areolă roză/alba/iritată		
Pete albe pe mamelon		
Altele		

3. Evaluarea bebelușului

Nume	
Data nașterii	
Adaptare neonatală (scor APGAR)	
Primul supt la sân (după câte ore de la naștere?)	
Alimentație la spital (lapte matern/ praf/ mixt)	
Greutatea copilului la naștere (grame)	
Greutatea la ieșirea din spital (grame)	
Greutatea copilului în prezent (grame)	
Îi dați lapte de la piept? (Da/Nu) Dacă nu, ce lapte îi dați să sugă?	
Îi dați să sugă de câte ori vrea?	
Îi dați din când în când apă sau ceai?(Da/Nu)	
Mod de administrare (linguriță/ căniță/ biberon/ SNS)	
Număr de scaune/zi	
Număr de urini/zi	
Număr de mese/zi	
Gură/ limbă albă	
Fese (iritate)	
Comportament general (somnolent/ agitat)	
Comportament după masă (liniștit/ mulțumit/ înfometat)	
Cum arată bontul ombilical al bebelușului? (uscat/ curat/ fără urme de sânge sau puroi)	
Copilul este vaccinat? (Da/Nu)	

4. Evaluarea procesului

Atașarea bebelușului la sân

Întrebări bazate pe observare	Răspunsuri
Mama alăptează într-o poziție comodă?	
Bebelușul este așezat cu burtica pe burtica mamei? (Da/Nu)	
Buzele sunt răsfrânte? (Da/Nu)	
Nusul este în dreptul mamelonului la atașare? (Da/Nu)	
Se aude bebelușul înghițind? (Da/Nu)	

Evaluare transfer eficient lapte

Întrebări	Răspunsuri
Număr alăptări/zi? (După a treia zi de viață)	
Număr scaune/micțiuni? (După a treia zi de viață)	
Număr minute petrecute la sân? (După primele 3 zile de viață)	

5. Oferirea de informații și recomandări practice

Problema în alăptare (angorjare, ragade, mastită, atașare, hipo/hiper lactație)	Soluția/Recomandarea oferită de AMC

6. Stabilirea pașilor următori

Am oferit datele mele de contact clientei – Da/Nu

Data următoarei discuții/vizite (poate fi și o discuție telefonică, după 24/48 de ore pentru a verifica situația):

A SE COMPLETA DE CĂTRE BENEFICIARĂ

Subsemnata în calitate de beneficiar
sau părinte/tutore legal al minorei, declar că am primit vizita Asistentului
medical comunitar, în data de
....., în care mi-au fost oferite informații despre:

- Alăptarea bebelușului
- Îngrijirea bebelușului
- Nutriția mamei și copilului
- Altele
- Consider că am primit informații și sugestii utile, în cadrul acestei vizite:
 - a. În totalitate
 - b. Doar parțial
 - c. Deloc

Semnătura beneficiar/ părinte/ tutore legal

Semnătura AMC

7. Documentare

Pacienta a semnat acordul GDPR - Da/Nu

Am parcurs următorii pași în cadrul vizitei:

- ☐ Evaluarea mamei
- ☐ Evaluarea bebelușului
- ☐ Evaluarea procesului
- ☐ Oferirea de informații și recomandări practice, după identificarea problemelor exprimate de mamă
- ☐ Stabilirea pașilor următori
- ☐ Documentare
- ☐ Declarație beneficii