

VIZITĂ POSTNATALĂ NUTRIȚIE NOU-NĂSCUT

1. Verificare infomații 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 (inclusive copii)	
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.	
Asistată la naștere de: medic/ moașă/ AMC/ asistent medical	
Tipul nașterii (Vaginală/cezariană)	
Naștere: la termen/ prematură/ spontană/ indusă	
Ați avut complicații în timpul nașterii? (Da/Nu). Ce anume?	
Câte avorturi ați făcut de-a lungul vieții?	
Câți copii are? Ce vârstă au?	
Probleme de sănătate în prezent? (Da/Nu)	
Luați medicamente în prezent? (Da/Nu). Ce medicamente?	
A fost monitorizată sarcina? (Da/Nu) De către cine? (medic de familie/moașă/asistent medical comunitar/medic ginecolog)	
V-ați dus la controalele prenatale? (Da/Nu) La câte?	
Pe ceilalți copii (dacă are) i-ați alăptat? Până la ce vârstă?	
Ați primit informații despre alăptare în timpul sarcinii? (Da/Nu)	

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
leșit/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 mănânce?	
Îi dați să mănânce 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

Igiena procesului de hrănire a bebelușului

Întrebări bazate pe observare	Răspunsuri
Mama se spală bine pe mâini, înainte de prepararea laptelui? (Da/Nu)	
Mama spală și sterilizează biberonul și tetina, înainte de folosire? (Da/Nu)	

Prepararea laptelui formulă

Întrebări bazate pe observare	Răspunsuri
Mama s-a consultat cu medicul pediatru/de familie, pentru hrănirea bebelușului cu lapte formulă? (Da/Nu)	
Atunci când prepară laptele formulă, mama ține cont de specificațiile de pe cutie? (Da/Nu)	

Hrănirea copilului

Întrebări bazate pe observare	Răspunsuri
Atunci când hrănește bebelușul cu biberonul, mama urmărește ritmul supt-înghițit-respirație? (Da/Nu)	
Mama mută bebelușul de pe un braț pe celălalt, după ce copilul a mâncat jumătate de biberon de lapte? (Da/Nu)	
Mama are grijă ca bebelușul să elibereze frecvent aerul din abdomen, prin eructare/râgâit? (Da/Nu)	

5. Oferirea de informații și recomandări practice

Problemă de nutriție a bebelușului (alimentație mixtă, reflux, cantitate și mod de hrănire, diversificare)	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 mediului
- ☐ Evaluarea bebelușului
- ☐ Evaluarea procesului
- ☐ Stabilirea pașilor următori
- ☐ Documentare
- ☐ Declarație beneficii