

VIZITĂ PRENATALĂ NUTRIȚIE PERINATALĂ

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 agricultură ☐ 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)	
Persoană care suferă de vreo boală cronică (Da/Nu) (TBC, HIV, diabet, boală psihică, ect)	

Evaluarea mamei - Istoric medical

În ce lună de sarcină sunteți?/ Data probabilă a nașterii bebelușului.	
Sarcini anterioare? Câte?	
Câte avorturi ați făcut de-a lungul vieții?	
Câți copii aveți? Ce vârstă au?	
Probleme de sănătate în prezent? (Da/Nu)	
Luați medicamente în prezent? (Da/Nu). Ce medicamente?	
Sarcina este luată în evidență la medicul de familie? (Da/Nu)	
V-ați dus la controalele prenatale? (Da/Nu) La câte?	
Cine monitorizează sarcina? (medic de familie/moașă/AMC)	
Ați discutat cu medicul de familie/asistenta despre nutriția în sarcină/ce trebuie să mâncați acum? (Da/Nu)	
Ce ați mâncat în ultimele 24 de ore?	
Vi s-au recomandat suplimente (acid folic, vitamin, calciu, fier) în sarcină? (Da/Nu)	
Mâncați mai mult în această perioadă, față de perioada în care nu erați gravidă? (Da/Nu)	
Câte kg aveți acum și câte kg ați avut înainte de sarcină?	

Persoana fumează zilnic? (Da/Nu). Dacă da, câte țigări pe zi?	
Consumați cafea? (Da/Nu). Dacă da, câtă cafea consumați pe zi?	
Cine se ocupă de prepararea mâncării în familie?	
Care este pentru dvs cea mai importantă masă a zilei?	
Care este mâncarea preferată?	
Cată apă consumă zilnic? Dar sucuri?	
Persoana consumă zilnic legume și/ sau fructe proaspete? (Da/Nu) Cât?	
Persoana consumă zilnic carne sau lapte sau ouă?	

3. Oferirea de informații și recomandări practice

Obiceiurile/Nevoile de nutriție ale mamei	Informația/Recomandarea oferită de AMC despre conținutul farfuriei ideale

Deficitul de vitamine al mamei (dacă este cazul)	Informația/Recomandarea oferită de AMC despre suplimente alimentare

Consumul de substanțe/ alimente interzise (dacă este cazul)	Informația/Recomandarea oferită de AMC

Obiceiurile/Nevoile mamei privind activitatea fizică (dacă este cazul)	Informația/Recomandarea oferită de AMC

Obiceiurile/Nevoile mamei privind igiena alimentelor	Informația/Recomandarea oferită de AMC

4. 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):

Am stabilit:

Vizita medicală pentru a obține trimitere și efectuarea analizelor – Da/Nu.
Dacă da, când?

Obținerea de suplimente (dacă este cazul) – Da/Nu. Dacă da, ce suplimente?

Pașii pentru îmbunătățirea dietei – Da/Nu

Păstrarea unui jurnal alimentar până la următoarea vizita a AMC – Da/Nu

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

5. Documentare

Pacienta a semnat acordul GDPR - Da/Nu

Am parcurs următorii pași în cadrul vizitei:

- ☐ Evaluarea mamei
- ☐ Oferirea de informații și recomandări practice
- ☐ Stabilirea pașilor următori
- ☐ Documentare
- ☐ Declarație beneficiar