

Anamnézis kérdőív szoptatási tanácsadáshoz
Leitold-Tavas Dóra IBCLC laktációs szaktanácsadó

1.Édesanya neve, életkora:

Várandósság **előtt** fennálló betegségek:

☐ Pajzsmirigy probléma

☐ Magas vérnyomás

☐ Inszulin rezisztencia/cukorbetegség

☐ Vérszegénység

☐ Allergia

Egyéb: _____

☐ Menstruációs problémák (PCOS)

☐ Nincs betegségem

Szed-e valamilyen gyógyszert az édesanya? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, a készítmény neve, dózisa:

Dohányzás: ☐ Igen ☐ Nem

Emlő sérülés volt-e valaha? ☐ Igen ☐ Nem

Emlőműtét volt-e valaha? ☐ Igen ☐ Nem

Tapasztalt az édesanya változást a mellben a várandósság alatt (pl. méretnövekedés)?
☐ Igen ☐ Nem

Van-e korábbi szoptatási tapasztalat? ☐ Igen ☐ Nem

2.Csecsemő neve, születési ideje:

Várandóssággal összefüggő problémák:

☐ Vértetés

☐ Terhességi cukorbetegség

☐ Fenyegető koraszülés/ koraszülés

Egyéb: _____

☐ Terhességi magasvérnyomás

☐ Nem volt szövődmény

Szülés helye: ☐ kórházban ☐ otthon született

Születés módja: ☐ hüvelyi szülés ☐ császármetszés

Hányadik várandósságból, illetve szülésből született a baba?

Szülés alatti beavatkozások:

☐ Beavatkozás nélkül

☐ Indított szülés

☐ Gátmetszés

☐ Epidurális érzéstelenítés

☐ Oxitocin

☐ Vákuum

Születési súly és legalacsonyabb súly (amivel a baba hazament a kórházból):

<i>Dátum</i>	<i>Meztelen súly (g-ban megadva)</i>

További mért meztelen súlyok dátummal:

<i>Dátum</i>	<i>Meztelen súly (g-ban megadva)</i>

Szopások száma 24 óra alatt: _____ db

Szopások hossza nagyjából: _____ perc

Milyen jelekre kerül mellre a kisbaba?

Vizeletes pelenkák száma 24 óra alatt: _____ db

Széketes pelenkák száma 24 óra alatt: _____ db

Széket színe, állaga:

Milyen pózokban szopik a kisbaba?

Pótlást kapott-e a szülés utáni napokban a baba (otthonszülés esetén értelem szerűen otthon)?

☐ Igen

☐ Nem

Jelenleg kap pótlást a baba?

☐ Igen

☐ Nem

Jelenleg használnak: ☐ Nyugtatócumi

☐ Cumisüveg

☐ Bimbóvédő

Sárgának látszik-e a csecsemő?

☐ Igen

☐ Nem

Fájdalmas a szoptatás?

☐ Igen

☐ Nem

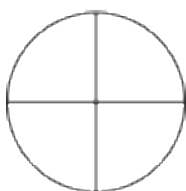
Van sérülés a mellen?

☐ Igen

☐ Nem

Emlőt érintő probléma helye (sérülés, csomó):

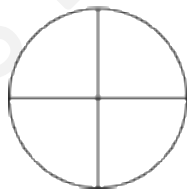
J



☐☐

☐☐

B



☐☐

☐☐

Fejés történik-e?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, milyen eszközzel, hányszor?

Tejserkentő készítményt alkalmaz-e az édesanya?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mit, mekkora mennyiségben?

Meddig szeretne az anya szoptatni, mik a céljai?

A probléma rövid összefoglalása, ami miatt a tanácsadást igénybe szeretnék venni:

Gyermek háziorvosának neve, telefonszáma:

Védőnő neve, telefonszáma:

Édesanya lakcíme (a számla kiállításához szükséges):

Édesanya e-mail címe (a számla kiállításához szükséges):

Egyéb megjegyzés (opcionális):

_____ (település), _____ (dátum)

