

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

Data obserwacji:	
Miejsce obserwacji:	poradnia laktacyjna <input type="checkbox"/> wizyta domowa <input type="checkbox"/> oddział <input type="checkbox"/>
Obserwację prowadzi:	położna <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> pod nadzorem <input type="checkbox"/>

Informacje ogólne z książeczki zdrowia dziecka lub wywiadu				
Imię i nazwisko matki		Imię i nazwisko dziecka		
Data porodu	Rodzaj porodu	Tydzień ciąży	APGAR	Które dziecko? Ciąża?
Wiek dziecka (dziś)	Okres okołoporodowy			

Powód zgłoszenia	
Matka <input type="checkbox"/> Problemy z techniką karmienia <input type="checkbox"/> Obawy o niedobór pokarmu <input type="checkbox"/> Problemy z brodawkami <input type="checkbox"/> Problemy z piersiami <input type="checkbox"/> Inne.....	Dziecko <input type="checkbox"/> Nieumiejętność ssania piersi <input type="checkbox"/> Obawy o skuteczność karmienia <input type="checkbox"/> Problemy zachowania <input type="checkbox"/> Problemy z trawieniem <input type="checkbox"/> Inne.....
Ważne szczegóły 	

DZIECKO (informacje z książeczki zdrowia)						
Masa urodzeniowa	Poniższe dane należy nanieść na siatkę centylową WHO (wersja brytyjska) i dołączyć do karty					
Najniższa spadkowa	Doba	% masy ur	Uwagi			
Masa inna znana	Data	Wiek dni/tyg/mc	Ile dni od ostatniej ?	Jaki przyrost?	Przyrost dobowy	Centyl

1

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

DZIECKO (wywiad okołoporodowy)	Czynniki ryzyka niepowodzenia laktacji	
Przystawiane do piersi w kontakcie skóra do skóry po porodzie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Karmione piersią w czasie pobytu w oddziale	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Instruktaż karmienia w oddziale lub podczas patronażu*	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Dokarmianie odciąganiem mlekiem Pani (matki biologicznej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Dokarmianie mlekiem modyfikowanym w oddziale /mlekiem z Banku Mleka*	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Problemy zdrowotne dziecka.....	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Kapturki, smoczki, inne metodyw pierwszych dobach	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak

*właściwe podkreślić

MATKA (wywiad ogólny)	Czynniki ryzyka niepowodzenia laktacji	
Piersi powiększyły się w ciąży	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Piersi powiększyły się po porodzie (nawet), kiedy.....	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Inicjacja - odciąganie siary w pierwszych dobach / Stymulacja - odciąganie w przypadku nieefektywnego ssania w pierwszych 2-4 tygodniach*	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Karmiła piersią poprzednie dzieci, jak długo.....	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zabiegi (biopsja, usunięcie zmiany, implanty, redukcja, drenaż ropnia * inne.....)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Choroba przewlekła matki (otyłość, cukrzyca, nadciśnienie, anemia, niedoczynność tarczycy, inne.....)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Dieta eliminacyjna, co..... inna niedoborowa Jak długo.....	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Leki (bromergon, antykoncepcja, inne.....),	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Nikotyna, ile papierosów na dobęalkohol*, jak często	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Objawy bólu piersi, obrzęku, zastoju pokarmu, zapalenia	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Objawy bólu, uszkodzeń brodawek	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Objawy ogólne, ból głowy, mięśni, nudności, osłabienie, zmęczenie, dreszcze* Inne.....	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Szczegółowe dane z wywiadu dotyczące bolesności i objawów należy nanieść na załączniki: 2. Protokół oceny stanu piersi 3. Protokół oceny stanu brodawek.		

*właściwe podkreślić

2

3

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

WYWIAD DOTYCZĄCY AKTUALNEGO KARMIENIA DZIECKA						
Sposób karmienia (KP+DOKARM)?	WKP <input type="checkbox"/> Wyłącznie Piersią	KP+PM <input type="checkbox"/>	WPM <input type="checkbox"/> Wyłącznie PM	KP+PM+MM <input type="checkbox"/>	PM+MM <input type="checkbox"/>	WMM <input type="checkbox"/> sztucznie
Ile razy przystawia dziecko do piersi w ciągu doby?		 w tym w nocy.....			
Podczas karmienia podaje zwykle <input type="checkbox"/> jedną pierś			<input type="checkbox"/> obie piersi, więcej.....			
Karmienie trwa min z jednej piersi		 min z obu piersi			
Karmi przez kapturek? <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> tak	Jak długo?		Rozmiar	
Dziecko moczypieluszek/dobę		Oddajestolców na dobę, jakich.....				
Żywność uzupełniająca <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> tak	Oddni / tyg /mc*			4
Uwagi:						

ODCIĄGANIE <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Od (data)		
Kiedy w stosunku do karmienia?	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> przed	<input type="checkbox"/> między	<input type="checkbox"/> zamiast
Jaki laktator?	<input type="checkbox"/> elektryczny symultaniczny	<input type="checkbox"/> elektryczny sekwencyjny	<input type="checkbox"/> elektryczny jednofazowy	<input type="checkbox"/> ręczny
Jak często na dobę? w tym w nocy.....		Ile minut trwa sesja?.....		
Ile pokarmu odciąga?	Jedna sesja ml	Cała dobaml		
Wypływ pokarmu prawidłowy (po 1-2 minutach)		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Czy siła laktatora jest dostosowana do komfortu matki?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Czy po odciążeniu brodawka jest zdeformowana?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Czy lejek laktatora jest dobrze dobrany?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Rodzaj Rozmiar..... Zmiana na.....				

DOKARMIANIE <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Od (data)		
Odciążane <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Ile na porcję?	Ile razy na db?	SUMA NA DOBĘ	
Modyfikowane <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Ile na porcję?	Ile razy na db?	SUMA NA DOBĘ	
		RAZEM/dobę		
Kiedy podaje w stosunku do karmienia	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> przed	<input type="checkbox"/> między	<input type="checkbox"/> zamiast
Czym podaje?	<input type="checkbox"/> sonda przy piersi lub SNS	<input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Butelka, jaka?.....	<input type="checkbox"/> smoczek rozmiar/przeptyw
Objawy podczas dokarmiania <input type="checkbox"/> spokojnie pobiera pokarm <input type="checkbox"/> krztusi się, dławi <input type="checkbox"/> zasypia				
<input type="checkbox"/> rozszczelnia chwyt, mleko płynie po brodzie <input type="checkbox"/> Inne				

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

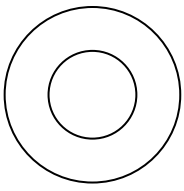
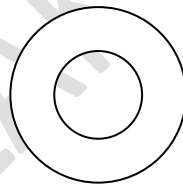
MATKA	
Stan ogólny: dobry średni ciężki*	Stan psychiczny: dobry stabilny
Temperatura: w normie gorączkaC	wycofana nerwowa silny niepokój*
Stan odżywienia: prawidłowy	Opieka nad dzieckiem: troskliwa
otyłość/nadwaga niedowaga BMI	przewrażliwiona brak zainteresowania

BADANIE PIERSI OGLĄDANIEM	
PRAWA	LEWA
hipoplastyczna mała średnia duża	hipoplastyczna mała średnia duża*
Brak zmian patologicznych <input type="checkbox"/>	Brak zmian patologicznych <input type="checkbox"/>
Zmiany skórne <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	Zmiany skórne <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
JAKIE? <input type="checkbox"/> rumień <input type="checkbox"/> zasinienie <input type="checkbox"/> łuszczenie <input type="checkbox"/> wykwity skórne, jakie <input type="checkbox"/> objaw skórki pomarańczowej <input type="checkbox"/> inne.....	JAKIE? <input type="checkbox"/> rumień <input type="checkbox"/> zasinienie <input type="checkbox"/> łuszczenie <input type="checkbox"/> wykwity skórne, jakie <input type="checkbox"/> objaw skórki pomarańczowej <input type="checkbox"/> inne.....

BADANIE PALPACYJNE PIERSI	
PRAWA	LEWA
<input type="checkbox"/> Wzmogućona spoistość <input type="checkbox"/> Ucieplenie <input type="checkbox"/> Bolesność palpacyjna <input type="checkbox"/> Bolesność samoistna <input type="checkbox"/> Blizny..... <input type="checkbox"/> Inne.....	<input type="checkbox"/> Wzmogućona spoistość <input type="checkbox"/> Ucieplenie <input type="checkbox"/> Bolesność palpacyjna <input type="checkbox"/> Bolesność samoistna <input type="checkbox"/> Blizny..... <input type="checkbox"/> Inne.....

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

BADANIE BRODAWEK			
Brodawka prawa		Brodawka lewa	
prawidłowa płaska wklęsła długa szeroka mała*		prawidłowa płaska wklęsła długa szeroka mała*	
Wyciągliwość: dobra słaba brak		Wyciągliwość: dobra słaba brak*	
Brak zmian patologicznych <input type="checkbox"/>		Brak zmian patologicznych <input type="checkbox"/>	
Zmiany skórne <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak		Zmiany skórne <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
<input type="checkbox"/> Czap zapalny/zastoinowy <input type="checkbox"/> Rumień <input type="checkbox"/> Grudki <input type="checkbox"/> Pęcherzyki <input type="checkbox"/> Strupy <input type="checkbox"/> Łuszczenie <input type="checkbox"/> Sączenie <input type="checkbox"/> Blednięcie <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> Uszkodzenie naskórka/skóry 		<input type="checkbox"/> Czap zapalny/zastoinowy <input type="checkbox"/> Rumień <input type="checkbox"/> Grudki <input type="checkbox"/> Pęcherzyki <input type="checkbox"/> Strupy <input type="checkbox"/> Łuszczenie <input type="checkbox"/> Sączenie <input type="checkbox"/> Blednięcie <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> Uszkodzenie naskórka/skóry 	
Stopień uszkodzenia skóry brodawki prawej		Stopień uszkodzenia skóry brodawki lewej**	
1	2	1	2
Stopień 1 - otarcie naskórka (powierzchnowe) Stopień 2 - uszkodzenie głębokie			

*właściwe podkreślić

** odpowiednią cyfrę zaznaczyć kółkiem

DZIECKO BADANIE OGÓLNE			
Stan ogólny	dobry nawiązuje kontakt aktywne	dość dobry brak kontaktu spokojnie czuwa	średni brak kontaktu podsypiające
Skóra	<input type="checkbox"/> czysta, różowa, bez wykwitów patologicznych <input type="checkbox"/> zmiany skórnegdzie?..... <input type="checkbox"/> zażółcenie, jakie.....		
Śluzówki jamy ustnej	<input type="checkbox"/> wilgotne, bez zmian patologicznych <input type="checkbox"/> zmiany.....		
Pępek	<input type="checkbox"/> czysty, bez kikuta pępowiny <input type="checkbox"/> kikut suchy <input type="checkbox"/> zmiany.....		
Stan odżywienia	<input type="checkbox"/> dobry, nawodnienie prawidłowe <input type="checkbox"/> miernie rozwinięta tkanka tłuszczowa <input type="checkbox"/> cechy odwodnienia		
Napięcie mięśniowe	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> wzmożone	<input type="checkbox"/> obniżone
Rozwój ruchowy	<input type="checkbox"/> odpowiedni do wieku <input type="checkbox"/> opóźniony		
Inne			

*właściwe podkreślić

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

DZIECKO		BADANIE JAMY USTNEJ				
<input type="checkbox"/> Budowa anatomiczna jamy ustnej prawidłowa	Zaburzenia anatomiczne jamy ustnej: <input type="checkbox"/> krótkie wędzidełko języka, typ 1 2 3 4 ** <input type="checkbox"/> cofnięta żuchwa <input type="checkbox"/> wysokie podniebienie <input type="checkbox"/> inne wady twarzoczaszki.....					
<input type="checkbox"/> Odruch szukania prawidłowy	<input type="checkbox"/> osłabiony		<input type="checkbox"/> brak			
<input type="checkbox"/> Odruch ssania prawidłowy	<input type="checkbox"/> osłabiony		<input type="checkbox"/> brak			
<input type="checkbox"/> Mechanizm ssania prawidłowy (w badaniu na palcu)	Zaburzenia czynnościowe mechanizmu ssania: <input type="checkbox"/> cofanie języka <input type="checkbox"/> inne niestandardowe ruchy języka <input type="checkbox"/> zaciskanie warg <input type="checkbox"/> duże podciśnienie w jamie ustnej <input type="checkbox"/> niskie podciśnienie w jamie ustnej <input type="checkbox"/> inne.....					
Ruchomość języka w skali AMIR	6	5	4	3	2	1 ** pkt.
Wędzidełko podcięte	<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie			

5

** odpowiednią cyfrę zaznaczyć kółkiem

OCENA AKTU KARMIENTA PIERSIĄ			
(szczegółowe badanie wykonaj wg Protokołu oceny umiejętności ssania)			
Matka przyjęła prawidłową pozycję do karmienia i stabilnie ułożyła dziecko	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> po korekcie tak
Matka prawidłowo przystawiła dziecko do piersi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> po korekcie tak
Dziecko prawidłowo chwyciło pierś	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> po korekcie tak
Dziecko prawidłowo ssało pierś (w czasie wypływu serie ruchów ssących z polykaniem pokarmu)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> po korekcie tak
Wypływ pokarmu prawidłowy (po 30-60 sek)	<input type="checkbox"/> obecny	<input type="checkbox"/> słaby	<input type="checkbox"/> brak
Liczba zassań w serii..... Stosunek zassań do połknięć 1:1 2:1 3:1 4:1			
Nieprawidłowe zachowania: <input type="checkbox"/> cmokanie <input type="checkbox"/> puszczenie/łapanie <input type="checkbox"/> awersja <input type="checkbox"/> inne.....			
Dziecko ssało minut / prawą pierś		Dziecko ssało minut/ lewą pierś	
Test wagowy jedna pierś	Masa przed	Masa po	Ile minut? Ile zjadło?
Test wagowy druga pierś	Masa przed	Masa po	Ile minut? Ile zjadło?
		RAZEM	

OCENA SPOSOBU DOKARMIANIA <input type="checkbox"/> BUTELKĄ <input type="checkbox"/> SONDĄ PRZY PIERSI	
<input type="checkbox"/> spokojnie pobiera pokarm <input type="checkbox"/> krztusi się, dławi <input type="checkbox"/> rozszczelnia chwyt <input type="checkbox"/> mleko płynie po brodzie <input type="checkbox"/> zasypia	<input type="checkbox"/> zjada porcję w prawidłowym czasie dla wieku <input type="checkbox"/> zjada zbyt wolno, ile minut..... <input type="checkbox"/> zjada zbyt szybko, ile minut..... <input type="checkbox"/> nie zjada porcji <input type="checkbox"/> Inne

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

DIAGNOZA Najpierw spójrz na odchylenia od normy odnotowane w karcie, następnie wypisz je w tym miejscu używając nazw rozpoznań laktacyjnych (Klasyfikacja problemów laktacyjnych, tabela 2, str. 168, Podręcznik)	Możesz wpisać Kod ICD10
1.	
2.	
3.	
4.	

WYKONANE PROCEDURY
1.
2.
3.
4.

ZALECENIA DOTYCZĄCE KARMIENIA Na podstawie odchyłeń oraz z uwzględnieniem rozpoznań i indywidualnych uwarunkowań matki i dziecka (postaw x przy wybranych)	
Korekta techniki przystawiania do piersi (asymetric latch)	<input type="checkbox"/>
Korekta pozycji (stabilne podtrzymywanie dziecka tak, aby nie zsuwało się z piersi, nie zmieniało pozycji ust/języka na brodawce)	<input type="checkbox"/>
Karmić min. 8 razy, co 2-3 godziny w dzień, co 3-4 godz w nocy	<input type="checkbox"/>
Karmić z obu piersi na jedno karmienie	<input type="checkbox"/>
Higiena rąk przed karmieniem	<input type="checkbox"/>
Odciąganie mleka	<input type="checkbox"/>
Ile razy/dobę?..... Kiedy?..... Czym?..... Zmiana sprzętu.....	
Dokarmianie pokarmem matki (PM)	<input type="checkbox"/>
Suma dokarmiania na dobę ml Kiedy?..... Porcja ml Xrazy na dobę	
Podawanie mieszanki mlecznej (MM) jeśli brakuje PM	<input type="checkbox"/>
Inne:	

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

Wizyta kontrolna/ Kontrola masy ciała za	3 dni	7 dni	14 dni

Załączniki do karty

1. Siatka centylowa
2. Protokół oceny stanu piersi
3. Protokół oceny stanu brodawek
4. Ocena żywienia uzupełniającego
5. Ocena wędzidełka (skala Amir)
6. Protokół umiejętności ssania