

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? Ciąży? |
| 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 (nawał), 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+M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | KP+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 jedną pierś <input type="checkbox"/> | | | | <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* | | | |
| Uwagi: | | | | | | | |

4

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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) | | |
| Odciągane <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 |

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

| | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|---|
| Czym podaje? | <input type="checkbox"/> sonda przy piersi lub SNS | <input type="checkbox"/> Inne | <input type="checkbox"/> Butelka, jaka?..... | <input type="checkbox"/> smoczek rozmiar/przepływ |
| 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 | | | | |
| 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? | 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..... | <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"/> Wzmoczona 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"/> Wzmoczona 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* |
| 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"/> Czop 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"/> Czop 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 dość dobry średni ciężki nawiązuje kontakt brak kontaktu niepokój aktywne spokojnie czuwa podsypiające apatyczne* |
| 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 |

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

| | | | |
|--------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 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

| 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 | |

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

| | |
|---|---|
| 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 |
| 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"/> |

KARTA OBSERWACJI i DIAGNOZY MATKI i DZIECKA

Do ćwiczeń dla kandydatów na CDL podczas kursu Problemy w laktacji

| | | | |
|--|-------|-------|--------------------------|
| Suma dokarmiania na dobę ml | | | |
| Kiedy?..... | | | |
| Porcja ml Xrazy na dobę | | | |
| Podawanie mieszanki mlecznej (MM) jeśli brakuje PM | | | <input type="checkbox"/> |
| Inne: | | | |
| 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