

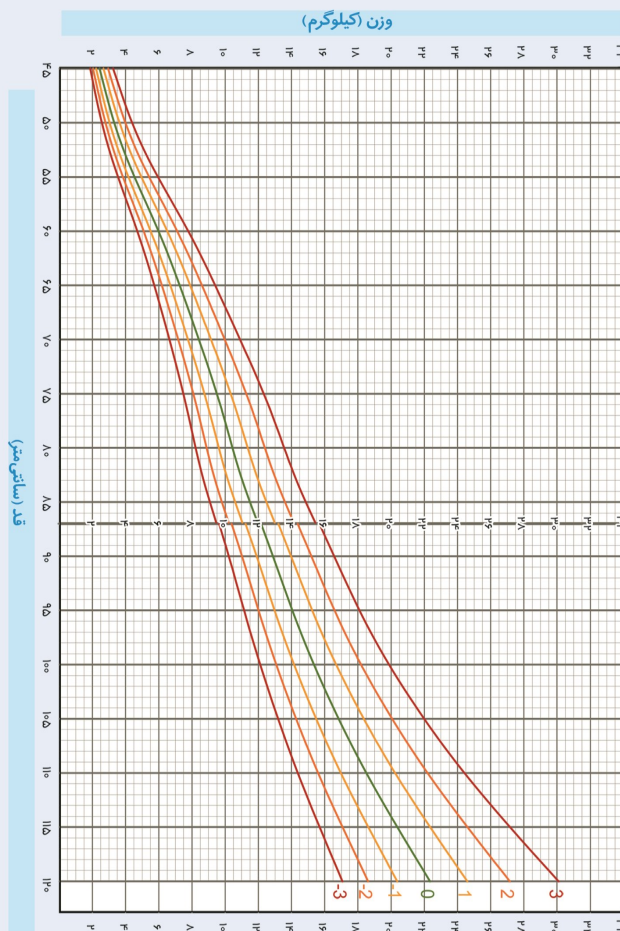
## « فرم مشاهده شیردهی وارجاع به کمیسیون مشاوره شیردهی »

نام شیرخوار: نام مادر: تاریخ تولد شیرخوار: سن شیرخوار: روند رشد شیرخوار: صعودی ☐ کند ☐ ثابت ☐ نزولی ☐

| بررسی وضعیت عمومی مادر و شیرخوار                 |  |                                                                         |  |
|--------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|
| علائم مطلوب بودن وضعیت                           |  | علائم وجود مشکل احتمالی                                                 |  |
| مادر:                                            |  | مادر:                                                                   |  |
| مادر سالم به نظر می رسد                          |  | مادر بیمار یا افسرده به نظر می رسد                                      |  |
| مادر راحت و آرام است                             |  | مادر عصبی و ناراحت به نظر می رسد                                        |  |
| علائم تماس مادر و کودک وجود دارد                 |  | تماس چشمی مادر و کودک وجود ندارد                                        |  |
| کودک:                                            |  | کودک:                                                                   |  |
| کودک سالم به نظر می رسد                          |  | کودک خواب آلوده یا بیمار به نظر می رسد                                  |  |
| کودک ساکت و آرام است                             |  | کودک بی قرار است و گریه می کند                                          |  |
| کودک در صورت گرسنگی به پستان دسترسی و تمایل دارد |  | کودک در صورت گرسنگی به پستان دسترسی و تمایل ندارد (امتناع از شیر خوردن) |  |

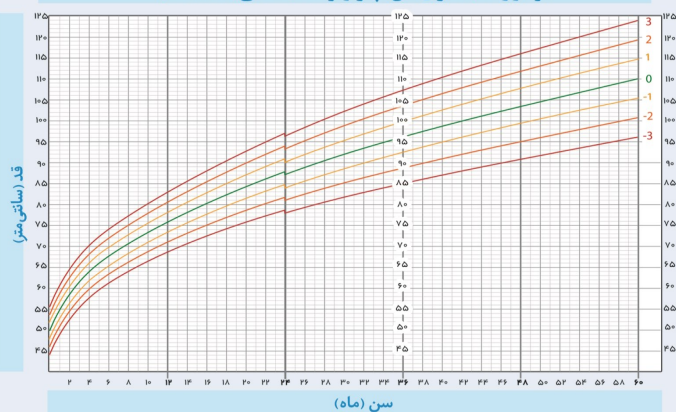
| بررسی تغذیه با شیر مادر و گزینه های مرتبط         |                                                                          |  |     |     |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الف- غربالگری زودرس                               |                                                                          |  | بلی | خیر | ب- نحوه شیر خوردن                                                                                           |
| جریان شیر برقرار شده است؟                         |                                                                          |  |     |     | شیرخوار آرام و هوشیار زیر پستان است؟                                                                        |
| نوزاد بدون مشکل هر دو پستان را می گیرد و می مکد؟  |                                                                          |  |     |     | هر بار شیر خوردن بیش از ۱۰ دقیقه طول می کشد؟                                                                |
| نوزاد هوشیار است و غالباً خودش تقاضای شیر می کند؟ |                                                                          |  |     |     | شیردهی تا رها کردن پستان توسط شیرخوار طول می کشد؟                                                           |
| شیرخوار پس از شیر خوردن سیر بنظر می رسد؟          |                                                                          |  |     |     | شیرخوار هر ۳-۲ ساعت یکبار (حداقل ۸ بار) در شبانه روز شیر می خورد؟                                           |
| ب- مشاهده (معاینه) کنید                           |                                                                          |  |     |     | شیرخوار از شیشه شیر استفاده می کند؟                                                                         |
| وضعیت بعل کردن شیرخوار                            | سرو تنه شیرخوار در یک امتداد قرار دارد                                   |  |     |     | شیرخوار از گول زنک استفاده می کند؟                                                                          |
|                                                   | شیرخوار چسبیده به مادر است                                               |  |     |     | ت- شرح حال مادر                                                                                             |
|                                                   | تمام بدن شیرخوار (و اگر نوزاد است گردن و شانه او) رابا دست نگه داشته است |  |     |     | مادر دارو مصرف می کند؟ نام دارو.....                                                                        |
| وضعیت پستان گرفتن                                 | بینی شیرخوار مقابل نوک پستان قرار می گیرد                                |  |     |     | از روش پیشگیری از بارداری استفاده می کند؟ نام روش .....                                                     |
|                                                   | قسمت بیشتری از آرنج بالای لب فوقانی دیده می شود                          |  |     |     | مادر تجربه ناموفق در شیردهی قبلی دارد؟                                                                      |
|                                                   | دهان کاملاً باز است                                                      |  |     |     | ث- دفع نوزاد (زیر یک ماه)                                                                                   |
| وضعیت مکیدن                                       | لب تحتانی به بیرون چرخیده است                                            |  |     |     | نوزاد حداقل ۳ بار در روز اجابت مزاج با حجم کافی (بیش از لکه) دارد؟                                          |
|                                                   | چانه او با پستان مادر تماس دارد                                          |  |     |     | نوزاد اجابت مزاج زرد و دانه دانه دارد؟                                                                      |
|                                                   | مکیدن آهسته، عمیق و گاه با مکث است                                       |  |     |     | نوزاد حداقل ۶ بار در شبانه روز ادرار رقیق و زرد کمرنگ می کند؟ (در صورت تغذیه انحصاری با شیر مادر ارزش دارد) |
| نحوه مکیدن                                        | صدای بلع به گوش می رسد                                                   |  |     |     | تاریخ اولین مراجعه جهت مشکل شیردهی...../...../.....وزن کودک .....کیلوگرم                                    |
|                                                   | وقتی شیر خوردن را تمام کرد ،رها می کند                                   |  |     |     | تاریخ ۱۵ روز بعد از اولین مراجعه...../...../.....وزن کودک .....کیلو گرم                                     |
|                                                   | مادر علائم رفلکس جهش شیر را حس می کند                                    |  |     |     | نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :                                                                            |
| وضعیت پستان                                       | نوک پستان سالم و بدون ترک و زخم است                                      |  |     |     | تاریخ ارجاع:                                                                                                |
|                                                   | نوک پستان بخوبی بیرون آمده است                                           |  |     |     | مهر و امضای مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهنده به کمیسیون :                                                    |
|                                                   | مادر احساس درد نوک پستان نمی کند                                         |  |     |     | علت تجویز شیر مصنوعی در کمیسیون :                                                                           |
|                                                   | قبل از شیر دادن در پستان ها احساس پری می کند                             |  |     |     | نوع تجویز شیر مصنوعی : کمکی <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/>                          |
|                                                   | پس از شیر دادن احساس نرم شدن در پستان ها می کند                          |  |     |     | مهر و امضای مسئول کمیسیون شیر مصنوعی :                                                                      |

وزن (کیلوگرم)

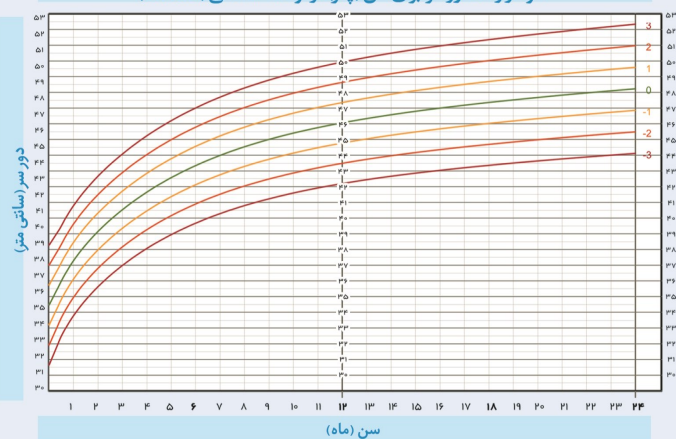


نمودار رشد (وزن برای قد) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)

نمودار رشد (قد برای سن) پسر از تولد تا ۵ سالگی (Z-Score)



نمودار رشد دور سر برای سن (پسر) از تولد تا ۲ سالگی (z-score)



نمودار رشد وزن برای سن (پسر)  
از تولد تا ۵ سالگی (z-score)

