

FICHA RÁPIDA PARA EVALUACIÓN DE LACTANCIA

FECHA ___/___/___

Nombre lactante/niñ@:			Edad: _____
Fecha de nacimiento:	___/___/___	Peso nacimiento: _____ grs	
Lugar de nacimiento:			
Fecha del alta: ___/___/___	Edad al alta: _____	Peso al alta: _____ grs	
Nombre Madre:			Edad: _____
Último control:	Fecha: ___/___/___	Peso: _____ grs	
Peso actual:	_____ grs	Incremento: _____ grs	_____ grs/d

ALIMENTACIÓN ACTUAL LACTANTE/NIÑ@:

PECHO EXCL. ALIMENTACIÓN MIXTA FÓRMULA EXCL. TIPO _____

CANTIDAD FÓRMULA/DÍA: _____ ml REQUERIMIENTO DIARIO LACTANTE: _____ ml

MAMADERA SONDA DEDO SONDA PECHO

OTRO: _____

INICIÓ ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EDAD DE INTRODUCCIÓN: _____

EXAMEN FÍSICO LACTANTE/ NIÑ@:

EXAMEN SUCCIÓN:

EVALUACIÓN DE UNA SESIÓN DE AMAMANTAMIENTO (acople, degluciones, posicionamiento, dolor, etc):

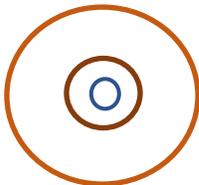
MADRE:

ESTADO DE SALUD:

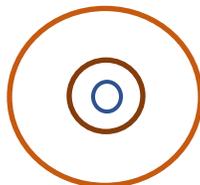
OBSERVACIONES (tratamientos, medicamentos etc.):

ESTADO
EMOCIONAL

EXAMEN DE LAS MAMAS: (dibujar áreas comprometidas y/o cicatrices cirugías, hipoplasia etc.)



Izquierda



derecha

Explicar:

Hipótesis diagnóstica:

Plan de acción consensuado:

SEGUIMIENTO: ___/___/___ ALTA PROFESIONAL: _____