

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):

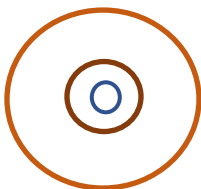
MADRE:

ESTADO DE SALUD:

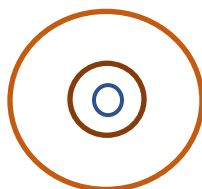
OBSERVACIONES (tratamientos, medicamentos etc.):

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: _____