



Data _____ Ora _____

Bambino Data di nascita Età adesso Peso adesso Peso più basso Peso alla nascita (a _____ giorni)	Madre Indirizzo N. tel. Mandato da
---	--

Possibili indizi Bambino Ritmi di poppate/sonno Bisogni notturni Pannolini bagnati/sporchi/colore Descrivere la poppata Succhiotti Ittero Vaccinazioni Livello di attività Salute globale Seno Dolore ai capezzoli/ seno Capezzoli retrattili Posizione/attaccamento Mughetto Tettarelle / paracapezzoli Entrambi seni per poppata Riflesso d'emissione Madre Parto Malattia Farmaci Aggiunte Fumo/ alcol/ droghe Pillola Risposo Dieta madre e bambino Allergie /intolleranze Assunzione liquidi - quantità/qualità Alimentazione quantità qualità Famiglia Esperienze di allattamento Fratelli/sorelle Sostegno /atteggiamenti Situazione/stress
--

Domanda o preoccupazione della madre e risposta della consulente

Consigli del medico

Avvisata del prossimo incontro?

Informazioni spedite: quali?