

Historia Clínica de Lactancia

@lactacanarias



NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL BEBÉ

NOMBRE DEL PADRE/APOYO

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO:

MOTIVO DE LA CONSULTA

- ☐ Consulta médico de familia
- ☐ Consulta Pediátrica AP
- ☐ Consulta de Enfermería Adulto
- ☐ Consulta de Enfermería Pediátrica
- ☐ Consulta Matrona AP
- ☐ Urgencias AP

DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

- ☐ Consulta Externa
- ☐ Servicio de Maternidad
- ☐ Servicio de Pediatría
- ☐ Paritorio
- ☐ Urgencias hospitalarias

DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

FECHA:

CITA

TELÉFONICA

EN CONSULTA

DESDE GRUPO DE APOYO

1. ANTECEDENTES PERSONALES MATERNOS

Problemas de salud

EDAD

Método de planificación familiar

Tratamiento de fertilidad sí..... no.....

Obesidad.....Diabetes.....Hipo/hipertiroidismo.....SOP.....Otros.....

Intervenciones quirúrgicas.....

Cirugía previa de mama..... REDUCCIÓN mamaria.....Implantes mamarios otros

Medicación.....Hábitos nocivos (tabaco..... alcohol..... drogas.....)

Periodos de amenorrea

Método Anticonceptivo actual

2. SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

- Situación de trabajo.....
- Actitud del padre/apoyo con la relación a la lactancia.....
- Ayuda al cuidado del bebé.....
- Qué dicen otros de la lactancia.....
- Nivel de educación.....

3. ALIMENTACIÓN A BEBES ANTERIORES

Bebés anteriores- Sí..... No.....

Cuántos amamantó.....

Nivel de satisfacción (0-10).....

4. DATOS DEL EMBARAZO Y PARTO

- Control prenatal- sí..... no.....
- Clases o taller durante la gestación sí.....no.....
- Semanas de gestación.....

TIPO DE PARTO

EUTÓCICO.....
DISTÓCICO.....
CESÁREA PROGRAMADA/
URGENTE.....

- Hemorragia postparto sí.....no.....
- Transfusión sanguínea sí.....no.....

INTERVENCIONES O MEDICACIÓN DURANTE EL PARTO A DETALLAR:

OXITOCINA ☐
SUERO IV ☐
OPIÁCEOS ☐
EPIDURAL ☐
FÓRCEPS..... VENTOSA.....
OTROS.....

- Vivencia materna (valorar del 0 al 5).....
- Contacto piel con piel sí.....no.....Tiempo:.....
- Alojamiento conjunto: sí.....no.....
- Ayuda postnatal con la lactancia: sí..... no.....

- Cuándo le dio la primera toma de lactancia.....
- Suero glucosado sí..... No.....
- Muestras de leche artificial sí..... no.....
- Cómo se la dieron.....
- Motivo.....

5. ALIMENTACIÓN ACTUAL DEL BEBÉ

	DÍA	NOCHE
TOMAS		
FRECUENCIA		

Intervalo entre tomas.(intervalo máximo de separación).....

Uno..... o ambos pechos.....

Otras bebidas o alimentos.....

Cuándo comenzaron.....

Cuánto.....

- Chupete - sí..... no.....

DE QUÉ MANERA

- TETINA O BIBERÓN ☐
- DEDO JERINGA ☐
- RELACTADOR ☐
- OTROS ☐

INDICACIÓN MÉDICA

sí.....no.....

Fuente: eDuLaTa. Revisado por María Teresa Suárez Pérez (DUE) y África Álvarez Perera (Médico) Diseño: María Teresa Suárez Pérez