

FORMULÁRIO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ALEITAMENTO MATERNO

1. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE E DADOS GERAIS

Leito: _____ Prontuário: _____ Data do Atendimento: _____ Horário: _____
Nome Completo da Mãe: _____
Nome Social: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____
Estado Civil: _____ Raça/Cor Declarada: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone(s): _____ Escolaridade: _____
Profissão/Ocupação: _____ Direito à Licença Maternidade: () 4 meses () 6 meses () Não se aplica
Rede de Apoio Familiar/Social Eficiente: () Sim () Não Saneamento Básico no Domicílio: () Sim () Não
Sentimentos autorreferidos pela puérpera (Estado emocional): _____

2. HISTÓRICO GESTACIONAL

Paridade: () Primípara () Multipara
Partos (P): _____ Vaginal: () Cesárea: ()
Abortos (A): _____
Intercorrências na Gestação: () Não () Sim: _____
(Ex: Diabetes Gestacional, Pré-eclâmpsia, Infecção Urinária, Depressão Gestacional)
Realizou Pré-Natal: () Sim () Não
Número de Consultas: _____
Local do Pré-Natal: () Público () Privado
Participou de Curso/Grupo de Gestantes: () Sim () Não
Recebeu Orientações sobre Aleitamento: () Sim () Não
Sorologias e Exames (Último Trimestre)
VDRL: () Não Reagente () Reagente | AHBsAg: () Não Reagente () Reagente
HIV: () Não Reagente () Reagente
Hepatite C (HCV): () Não Reagente () Reagente
Tratamento realizado? () Sim () Não ()
Hemotransfusão prévia/atuai: () Não () Sim
Durante a gestação:
() Tabagismo () Etilismo () Drogas ilícitas () Nenhuma das opções
Atual:
() Tabagismo () Etilismo () Drogas ilícitas () Nenhuma das opções
Uso de Medicamentos Contínuos/Atuais: () Não () Sim. Quais? _____

3. DADOS DO PARTO

Local do Parto: _____
Data: _____ Horário: _____
Idade Gestacional (IG): _____ semanas e _____ dias
Contato pele a pele imediato e ininterrupto (mínimo 1 hora): () Sim () Não
Amamentou na primeira hora de vida (Golden Hour): () Sim () Não
O parto contemplou as expectativas da mulher: () Sim () Não

4. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (RN)

Nome: _____ Sexo: () M () F
Data de Nascimento: _____ Idade Atual: _____ (horas/dias)
Apgar: 1º min: _____ | 5º min: _____
Peso: _____ g Comprimento: _____ cm Perímetro Cefálico (PC): _____ cm
Estado Comportamental: () Sonolento () Alerta () Agitado () Choro
Pele: () Íntegra () Descamação () Rash/Eritema () Ictericia (Zona de Kramer: _____) () Cianose
Fontanela Anterior: () Normotensa () Plana () Abaulada () Deprimida
Boca/Cavidade Oral: () Sem alterações () Fenda palatina/Lábio leporino () Monilíase (Sapo)
Frênulo Lingual (Teste da Linguinha): () Sem alteração () Alterado/Anquiloglossia
Coto Umbilical: () Em mumificação () Mumificado () Queda do coto () Sinais flogísticos/Secreção
Eliminações:
Diurese: () Adequada () Alterada/Cristais de urato
Evacuações: () Mecônio () Transição () Pastosa

5. PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO

Tipo de Alimentação Atual: () Aleitamento Materno Exclusivo (AME)
() Aleitamento Materno Misto/Parcial (AMM) () Uso Exclusivo de Fórmula Infantil
Via de Administração do Complemento:
() Copinho () Colher dosadora () Relactação/Translactação
() Sonda Orogástrica/Nasogástrica () Mamadeira
Uso de Bicos Artificiais: () Sim () Não
Já amamentou antes? () Sim () Não
Tempo de amamentação anterior: _____
Intercorrências anteriores: _____

6. EXAME CLÍNICO DAS MAMAS E AVALIAÇÃO DA LACTANTE

Estado Geral: () Confortável () Álgica () Extremamente cansada/Privação de sono
Mamas:
Simetria: Simétricas () Assimétricas ()
Turgidez: () Flácidas () Normotensas () Ingurgitadas () Globais () Lobulares
Sinais Flogísticos: () Ausentes () Hiperemia () Calor local () Edema () Abscesso
Localização de Alterações: () QSE () QIE () QSI () QII () Mama D () Mama E
Mamilos:
Anatomia: () Protuso () Semiprotuso () Plano () Invertido () Hipertrofico
Condição da Pele: () Íntegra
Lesões Mamilares: () Eritema () Fissura linear () Erosão/Esclerose () Bolhas () Crostas
Localização da lesão: () Ápice do mamilo () Base/Junção mamilo-areolar () Corpo do mamilo
Produção e Descida do Leite: Secreção Láctea: () Colostro () Leite de Transição () Leite Maduro
Apoadura (Descida do leite): () Já ocorreu () Sinais de início () Não ocorreu
Fluxo/Ejeção na Expressão Manual: () Ausente () Gotas () Jatos/Fluxo contínuo
Cirurgia Mamária Prévia: () Não () Sim: ()
Habilidade para Ordenha Manual: () Executa com facilidade () Executa com dificuldade () Não sabe realizar

7. OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Sinais de Busca: () Presente () Ausente
Posicionamento:
Mãe: () Confortável () Tensa
Bebê: () Alinhado () Pescoço torcido / Distante do corpo da mãe
Pega e Sucção:
Abertura da boca: () Ampla () Pouco aberta, abocanha apenas o mamilo
Aréola: () Mais visível na parte superior () Visível igualmente ou mais na parte inferior
Lábios: () Lábio inferior evertido () Lábios invertidos
Queixo: () Toca o peito da mãe () Não toca o peito da mãe
Padrão de Sucção: () Sucções profundas, lentas e com pausas
() Sucções superficiais, rápidas e sem pausas
Sinais de Transferência de Leite: () Deglutição audível () Ruído de estalido
Vínculo e Interação () Mantém contato visual () Aconchego afetivo
() Conversa/Canta () Distanciamento/Insegurança
A amamentação é realizada sob livre-demanda (sem horários fixos)? () Sim () Não

8. CONDUTA, ENCAMINHAMENTOS E APRAZAMENTO:

Assinatura, Carimbo e Número do COREN do Profissional