فرم چک لیست آموزش های شیردهی در دوران بارداری

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | موضوع | تاریخ آموزش  چهره به چهره و امضا مادر |
| هفته (20-16) مراقبت دوم | * آگاهی از اهمیت شیرمادر در دین مبین اسلام * شناخت مزایای تغذیه با شیرمادر برای مادر * شناخت مزایای تغذیه با شیرمادر برای شیرخوار * توضیح برخی نکات برجسته شیرمادر |  |
| * شناخت مزایای تماس زودرس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد و اولین تغذیه با شیرمادر * شناخت وضعیت صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار |  |
| هفته (30-26) مراقبت سوم | * شناخت روش صحیح تغذیه با شیرمادر (زمان شروع، دفعات و مدت شیردهی در هر وعده، تغذیه انحصاری و ...) * شناخت نشانه های گرسنگی و سیرشدن در شیرخوار * تشخیص کفایت شیرمادر |  |
| * نکات مهم در دوشیدن موفق شیرمادر * آشنایی با روش دوشیدن شیرمادر * آگاهی از نحوه ذخیره کردن و نگهداری شیر دوشیده شده * آگاهی از نحوه تغذیه با فنجان |  |
| هفته (34-31)  مراقبت چهارم | * شناخت اختلافات عمده ترکیب شیرمادر و شیرمصنوعی و برتری شیرمادر * خطرات تغذیه مصنوعی * خطرات گول زنک و شیشه |  |
| آشنایی با بیمارستانهای دوستدار کودک (اقدامات اولیه برای موفقیت شیردهی) |  |
| معرفی مرکز مشاوره شیردهی |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | موضوع | تاریخ آموزش  چهره به چهره و امضا مادر |
| هفته (37-35)  مراقبت پنجم | * مرور آموزش های داده شده * اشاره به مطالب با توجه به نیازهای آموزشی(مادران در معرض خطر) |  |
| تاکید بر معرفی مرکز مشاوره شیردهی (آدرس و تلفن: 37830392) |  |
| مطالب دیگر و ارجاع اگر لازم است |  |
| شناسایی و آموزش حامی وهمراه (مراقب )مادر در دوران پس از زایمان  شماره تلفن حامی مادر نوشته شود.................. |  |

اینجانب .................................... دارای پرونده بارداری با شماره ....................در مرکز/پایگاه /خانه بهداشت .................................. در زمان مراقبتهای دوران بارداری آموزشهای لازم در زمینه تغذیه کودک با شیر مادر را دریافت نموده ام و در صورتی که پس از زایمان با مشکل شیردهی مواجه شدم ابتدا به این مرکز یا مراکز مشاوره شیردهی جهت دریافت مشاوره و رفع مشکل مراجعه نمایم و در صورتی که بدون مشورت و با مرکز/پایگاه /خانه بهداشت اقدام به تغذیه فرزند خود با شیرخشک نمایم ،مرکز بهداشت هیچ تعهدی در قبال تامین شیرخشک فرزندم نخواهد داشت.

**نام و نام خانوادگی مادر و امضا:**

**نام و نام خانوادگی مادر و امضا کارمند بهداشتی:**