

بطاقة الوصفة الخاصة بتركيبه حليب الأطفال<sup>148</sup>

التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

معلومات نقاط البيع

اسم الطفل: _____		اسم الأم _____
الاسم الأول _____	الاسم الأول _____	اسم العائلة _____
الاسم الأخير _____	الاسم الأخير _____	اسم العائلة _____
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر		
<input type="checkbox"/> انثى		
العنوان: _____		
تاريخ الميلاد: ____/____/____ هاتف رقم: _____	اسم العائلة _____	
يوم _____	اسم العائلة _____	
شهر _____	اسم العائلة _____	
سنة _____	اسم العائلة _____	
سنة رقم البرنامج #: _____	اسم العائلة _____	

## معايير الإحالة

<input type="checkbox"/> الوضع الطبي - فحص الثدي (لظروف الرضع المؤقتة وظروف الأم).	<input type="checkbox"/> الوضع الاجتماعي - لا حاجة لفحص الثدي: بالنسبة لحالة الرضع الدائمة، لا يلزم فحص الثدي (وصفة طبية فقط).
معايير الوصف	
غير طبي - بدون فحص للثدي	غير طبي - (يتم استكمالها من قبل مقدم الرعاية الصحية أو القابلة أو طبيب الأطفال)
<input type="checkbox"/> الطفل يتيم - الرضاعة من مرضعة بديلة غير ممكنة.	<input type="checkbox"/> حالات الرضع (دائمة - حليب خاص مطلوب):
<input type="checkbox"/> فصل الطفل عن أمه بشكل مؤقت أو دائم.	<input type="checkbox"/> الجالاكتوز في الدم
<input type="checkbox"/> الأم التي توقفت عن الرضاعة واستئناف الرضاعة:	<input type="checkbox"/> داء البول القيقبي
<input type="checkbox"/> مستمرة أو <input type="checkbox"/> متوقفة.	<input type="checkbox"/> ببلة فينيل كيتون (PKU)
<input type="checkbox"/> رفض الأم للرضع	<input type="checkbox"/> متلازمة أو خطأ فطري في عملية التمثيل الغذائي
<input type="checkbox"/> رفض الرضع لبن الأم	<input type="checkbox"/> حالة الرضع (المؤقتة):
	<input type="checkbox"/> وزن منخفض عند الولادة (> 1.5 غم)
	<input type="checkbox"/> رضع قبل الأوان (أقل من 32 أسبوعاً من عمر الحمل)
	<input type="checkbox"/> حديثي الولادة معرضون لخطر الإصابة بنقص السكر في الدم
	<input type="checkbox"/> حالات الأم - مع الرضاعة الطبيعية (مؤقتة):
	<input type="checkbox"/> خراج بالثدي <input type="checkbox"/> التهاب الكبد <input type="checkbox"/> التهاب الكبد سي
	<input type="checkbox"/> التهاب الثدي <input type="checkbox"/> السل <input type="checkbox"/> استخدام المواد المخدرة <input type="checkbox"/> احتقان الثدي، حلمات مسطحة/مقلوبة
	<input type="checkbox"/> حالات الأم - بدون الرضاعة الطبيعية (مؤقتة):
	<input type="checkbox"/> مرض شديد
	<input type="checkbox"/> موانع استعمال الدواء <sup>149</sup>
	<input type="checkbox"/> فيروس الهربس البسيط من النوع 1

تاريخ الوصفة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

يوم

شهر

سنة

اسم الطفل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ الجنس:  ذكر

الاسم الاول

يوم

 انثى

الكمية بالملل / اليوم: \_\_\_\_ عدد الأيام: \_\_\_\_ إجمالي الكمية (بالعلبة): \_\_\_\_

تاريخ المتابعة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

يوم

سنة

شهر

اسم مستشار تغذية الرضع وصغار الأطفال: \_\_\_\_\_ اسم الموظف: \_\_\_\_\_ (طبيب أطفال / قابلة)

التوقيع:

التوقيع:

موافقة مدير المركز الصحي أو مدير التغذية المعني

الختم الرسمي

التاريخ:

الاسم:

المنظمة:

المسمى الوظيفي: