

بطاقة الوصفة الخاصة بتركيبه حليب الأطفال¹⁴⁸

التاريخ: ____/____/____

معلومات نقاط البيع

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

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).
طبي - (يتم استكمالها من قبل مقدم الرعاية الصحية أو القابلة أو طبيب الأطفال)	غير طبي - بدون فحص للثدي
<p><u>حالات الرضع (دائمة - حليب خاص مطلوب):</u></p> <input type="checkbox"/> الجالاكتوز في الدم داء البول القيقبي <input type="checkbox"/> بيلة فينيل كيتون (PKU) <input type="checkbox"/> متلازمة أو خطأ فطري في عملية التمثيل الغذائي <u>حالة الرضع (المؤقتة):</u> <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 <u>حالات الأم - مع الرضاعة الطبيعية (مؤقتة):</u> <input type="checkbox"/> خراج بالثدي <input type="checkbox"/> التهاب الكبد ب <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 <u>حالات الأم - بدون الرضاعة الطبيعية (مؤقتة):</u> <input type="checkbox"/> مرض شديد <input type="checkbox"/> موانع استعمال الدواء ¹⁴⁹ <input type="checkbox"/> فيروس الهربس البسيط من النوع 1	<input type="checkbox"/> الطفل يتيم - الرضاعة من مرضعة بديلة غير ممكنة. <input type="checkbox"/> فصل الطفل عن أمه بشكل مؤقت أو دائم. <input type="checkbox"/> الأم التي توقفت عن الرضاعة واستئناف الرضاعة: <input type="checkbox"/> مستمرة أو <input type="checkbox"/> متوقفة. <input type="checkbox"/> رفض الأم للرضع <input type="checkbox"/> رفض الرضع للبن الأم

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: