

## الملحق 13: نموذج الإحالة إلى صرف بدائل لبن الأم

### نموذج الإحالة إلى صرف بدائل لبن الأم

الجزء الأول: يتم إكماله في موقع الإحالة وإرساله إلى وكالة الإحالة (المركز الصحي المسؤول) وكذلك الاحتفاظ به في سجلات الوكالة المحولة لأهداف المتابعة

معلومات الإحالة		
تاريخ الإحالة: ____ / ____ / ____ تمت متابعة الإحالة: نعم / لا		
وكالة الإحالة: _____ تمت الإحالة بواسطة (الاسم): _____ المسعى الوظيفي/التعيين: _____ الموقع: _____ معلومات الاتصال/رقم الهاتف: _____	الإحالة إلى الخدمة/المنشأة: _____ الموقع: _____ معلومات الاتصال/رقم الهاتف: _____	
موعد الحضور: فوراً/بتاريخ: _____ خطة نقل الإحالة: نقل ذاتي / مدعوم من قبل وكالة الإحالة.		
تفاصيل الشخص المعني		
اسم الطفل: _____ الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى عمر الطفل بالأشهر: _____	اسم الأم/مقدمة الرعاية: _____ تفاصيل الاتصال/رقم الهاتف: _____	موقع/عنوان الأم/مقدمة الرعاية: _____ _____ _____
رقم تعريف برنامج تغذية الرضع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ / برنامج العيادات الخارجية العلاجية / مركز تحقيق الاستقرار أو المنشأة الصحية: _____		
هل نموذج التقييم الكامل مرفق مع نموذج الإحالة هذا؟ نعم / لا		
تأكد دائماً من إرسال نموذج التقييم الكامل جنباً إلى جنب مع هذا النموذج واكتمال المتابعة بين الوكالات المحولة والمستقبلة وأن وسائل النقل مخصص في مكانه للإحالة.		
معايير الإحالة		
علامات بدائل لبن الأم المؤقتة: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> أثناء استئناف الرضاعة</li> <li><input type="checkbox"/> الانتقال من الرضاعة المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية</li> <li><input type="checkbox"/> الفصل قصير المدى للرضيع عن الأم</li> <li><input type="checkbox"/> فترة انتظار قصيرة الأجل حتى تتوافر مرضعة بديلة أو لبن أم متبرع به</li> </ul>	علامات بدائل لبن الأم الدائمة: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> الرضيع لم يكن يرضع من أمه قبل الأزمة</li> <li><input type="checkbox"/> الأم لا ترغب أو لا تستطيع استئناف الرضاعة</li> <li><input type="checkbox"/> تم تربية الرضيع على التغذية البديلة في سياق فيروس نقص المناعة البشرية</li> <li><input type="checkbox"/> رضيع يتيم</li> <li><input type="checkbox"/> رضيع تغيب أمه عنه لفترة طويلة</li> <li><input type="checkbox"/> حالات طبية معينة للرضيع أو الأم<sup>145</sup></li> <li><input type="checkbox"/> أم مريضة جداً</li> </ul>	

رفض الأم للرضيع ■

إحدى الفاجيات من العنف القائم على النوع الجنساني ولا ترغب في الرضاعة الطبيعية. ■

اسم الطفل \_\_\_\_\_ اسم مقدم الرعاية: \_\_\_\_\_

الوكالة المُحيَلة: \_\_\_\_\_ تفاصيل الاتصال بالوكالة المُحيَلة: \_\_\_\_\_

اسم المنشأة المخصصة للإحالة: \_\_\_\_\_ الموقع: \_\_\_\_\_

بيانات الاتصال: \_\_\_\_\_

موعد الحضور: فوراً / بتاريخ: \_\_\_\_\_

خطة نقل الإحالة: نقل ذاتي / مدعوم من وكالة الإحالة.

#### سبب الإحالة:

■ علامات بدائل لبن الأم المؤقتة:

■ أثناء استئناف الرضاعة

■ الانتقال من الرضاعة المختلطة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية

■ الفصل قصير المدى للرضيع عن الأم

■ فترة انتظار قصيرة الأجل حتى تتوافر مرضعة بديلة أو لبن أم أساسي متبرع به

■ علامات بدائل لبن الأم الدائمة:

■ الرضيع لم يكن يرضع من أمه قبل الأزيمة

■ الأم لا ترغب أو لا تستطيع استئناف الرضاعة

■ تم تربية الرضيع على التغذية البديلة في سياق فيروس نقص المناعة البشرية

■ رضيع يتيم

■ رضيع تغيب أمه عنه لفترة طويلة

■ حالات طبية معينة للرضع أو الأم<sup>146</sup>

■ أم مريضة جداً

■ رفض الأم للرضيع

■ إحدى الناجيات من العنف القائم على النوع الجنساني ولا ترغب في الرضاعة الطبيعية.

#### توصيات للمتابعة: