

INSTALLATION : _____

RAPPORT D'ÉVALUATION CLINIQUE D'ALLAITEMENT

DATE

	Année			Mois			Jour		
--	-------	--	--	------	--	--	------	--	--

<input type="checkbox"/> MÈRE	N° dossier : _____
Nom : _____	
Prénom : _____	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____	
<input type="checkbox"/> ENFANT	N° dossier : _____
Nom : _____	
Prénom : _____	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____	
Téléphone : _____	
<input type="checkbox"/> C.C. Original au dossier de la mère	

Visite n° : _____ Référé par : _____
Raison de consultation : _____
Objectif d'allaitement : _____
G : _____ P : _____ A : _____ Gestation : _____
Nombre d'allaitement(s) antérieur(s) : _____ Année : _____ Durée : _____
Année : _____ Durée : _____
Expérience(s) en allaitement : _____

HISTOIRE DE LA MÈRE

Médecin : _____ Allergies(s)¹ : _____
Antécédents médicaux (infertilité, ovaires polykystiques, diabète, hypoplasie mammaire, thyroïde, santé mentale, arythmie cardiaque, asthme, etc.) : _____
 Chirurgie (mammaires, autres) : _____
 Traumatisme au niveau du thorax : _____
Médicaments actuels/vitamines (autres) : _____
Contraception actuelle : _____ Tabac/Drogue/Alcool : _____
Changement au niveau des seins pendant la grossesse : Non Léger Significatif
Complications pendant la grossesse (diabète, hypothyroïdie, anémie, etc.) : _____
Saignements vaginaux : Légers Modérés Importants Cessés
Moral : Aucune inquiétude Support du conjoint Symptômes dépressifs/épuisement
 Réseau présent Réseau limité Marraine d'allaitement

ACCOUCHEMENT

Lieu de l'accouchement : _____ Durée du travail : _____
Poussées : _____ Antibiotique : _____
 Accouchement vaginal Induction/Ocytocine Forceps/Ventouse Périnée/Déchirure : _____
 Césarienne urgente Césarienne élective Raison : _____
 Analgésie : _____ Péridurale/Rachis Anesthésie générale
 Complications (Pré-éclampsie, Sulfate de magnésium (MgSO₄), hémorragie post-partum, rétention placentaire, etc.) : _____
 Peau à peau (durée) : _____ Mise au sein dans les 2 premières heures post-partum : _____

¹ À documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible

FDCU-PE-028

HISTOIRE DU BÉBÉ

Médecin : _____ APGAR : _____

Particularité(s) : _____

Cohabitation Réanimation/Intubation : _____

Soluté : _____ Néonatalogie : _____

Ictère Photothérapie Hypoglycémie

Compléments lait maternel exprimé Suppléments préparation commerciale du nourrisson

Raison(s) : _____

Méthode(s) : _____

ÉTAT RÉCENT DU BÉBÉ (DERNIERS 24 - 48 HEURES)

Comportement actuel du bébé : Alerté Endormi Irritable Variable Pleurs significatifs

Suce : Jamais À l'occasion Entre chaque boire

Mictions : _____ /jour → Claires Avec cristaux d'urates

Selles : _____ /jour → Jaunes Vertes Brunes Noires Autre : _____

Régurgitations/Vomissements : Jamais Rarement Souvent

PRODUCTION DE LAIT/SEINS

Montée laiteuse : Jour : _____ Ressentie Légèrement ressentie Absente Non applicable

Engorgement mammaire : Léger Modéré Important Résorbé Non applicable

Expression du lait : Manuelle Tire-lait manuel Tire-lait électrique simple
 Tire-lait électrique double personnel Tire-lait électrique double de calibre hospitalier

Marque du tire-lait : _____

Fréquence : _____ /24 h Quantité : _____ mL Quantité totale : _____ mL Durée : _____

Raison : _____

Douleur :

Seins : Aucune douleur Depuis quand : _____

Droit Douleur : Profonde Sensation d'aiguilles Élançement Irradiante

Gauche Douleur : Profonde Sensation d'aiguilles Élançement Irradiante

Mamelons : Aucune douleur Depuis quand : _____

Droit Début de tétée : _____ /10 Pendant la tétée : _____ /10 Après la tétée : _____ /10

Gauche Début de tétée : _____ /10 Pendant la tétée : _____ /10 Après la tétée : _____ /10

Sous forme de : Brûlement Pincement Élançement Frottement Démangeaisons

Irradie en rayon Autre(s) : _____

Seins :

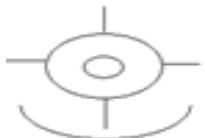
Galbe des seins : Droit : Aucun Léger Suffisant Gauche : Aucun Léger Suffisant

Mamelons : Érectiles Plats Invaginés Saignements Croûtes Desquamation aréole

Rougeurs : Sein droit Aréole/Mamelon droit Sein gauche Aréole/Mamelon gauche

Blessures : Mamelon droit Mamelon gauche Gerçures Crevasses Cloques

Autre(s) observation(s) (Distance des seins/asymétrie) : _____



Mesure des mamelons : Droit : _____ Gauche : _____

Traitement en cours : _____

IMPRESSIONS

Production de lait : Adéquate Limite Faible Surproduction Réflexe d'éjection fort

Gain de poids : Dans les normes attendues Limite Insuffisant

COMMENTAIRES

ENSEIGNEMENTS/INTERVENTIONS

Écoute, soutien, réassurance Réponses aux questions

Enseignement sur l'importance et les recommandations de l'allaitement maternel

Normalisation des comportements du bébé

Signes d'éveil/sommeil Signes de faim/satiété

Notions pour prise du sein profonde (repères d'une prise du sein adéquate)

Notions pour optimiser le transfert du lait et diminuer la douleur au niveau des mamelons

Démonstration d'autres positions : _____

Enseignement sur la stimulation pour établir une production de lait adéquate

Enseignement sur la stimulation pour maintenir une production de lait adéquate

Enseignement sur la stimulation pour augmenter une production de lait

Expression manuelle Utilisation d'un tire-lait Conservation du lait

Méthodes pour compléter/suppléer : _____

Facteurs qui peuvent nuire à la production de lait

Réflexe d'éjection fort Conseils engorgement des seins Surproduction de lait

Enseignement sur l'utilisation adéquate de la tétérelle

Utilisation sécuritaire de préparation commerciale du nourrisson Biberon au rythme du bébé (*Paced bottle feeding*)

Risques avec l'utilisation de biberon/tétine/suce

Ressources pour soutien : _____

Informations sur freins restrictifs

Informations sur la procédure et les risques de la frénotomie (saignements, ré-attachement, lésion glandes salivaires, aversion orale)

Consentement obtenu

Exercices/massage bébé

Informations sur les effets secondaires du dompéridone (arythmie, troubles gastro-intestinaux)

Informations sur le sevrage du dompéridone

Autre(s) : _____

Documentation remise : _____

RECOMMANDATIONS			
<input type="checkbox"/> Peau à peau	<input type="checkbox"/> Surveiller signes d'éveil/sommeil		
<input type="checkbox"/> Poursuivre mise au sein selon signes de faim	<input type="checkbox"/> Augmenter fréquence des boires (8 X et plus par 24 h)		
<input type="checkbox"/> Ne pas sauter les tétées de nuit	<input type="checkbox"/> S'assurer d'une succion nutritive		
<input type="checkbox"/> S'assurer d'une position adéquate pour mère et bébé	<input type="checkbox"/> Augmenter compression du sein		
<input type="checkbox"/> Massage doux des seins	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires		
<input type="checkbox"/> Alternance de sein plus rapidement (faire 3 - 4 seins/tétée)			
<input type="checkbox"/> Allaitement sur un sein/tétée			
<input type="checkbox"/> Application de froid			
<input type="checkbox"/> Favoriser position d'allaitement : _____			
<input type="checkbox"/> Utilisation de la tétérèlle	<input type="checkbox"/> Grandeur de coupole/tétérèlle : _____		
<input type="checkbox"/> Expression du lait : <input type="checkbox"/> Fréquence : _____	<input type="checkbox"/> Séances de surstimulation (<i>Power pumping</i>)		
<input type="checkbox"/> Avec tire-lait personnel	<input type="checkbox"/> Avec tire-lait de calibre hospitalier		
<input type="checkbox"/> Donner compléments de lait maternel	<input type="checkbox"/> Donner suppléments de préparation commerciale du nourrisson	<input type="checkbox"/> À volonté	
<input type="checkbox"/> Méthode : _____			
<input type="checkbox"/> Diminuer usage de la suce/sevrage de la suce	<input type="checkbox"/> Diminuer usager du biberon/sevrage des biberons		
<input type="checkbox"/> Diminuer usage de la tétérèlle/sevrage de la tétérèlle			
<input type="checkbox"/> Soins mamelons/seins : _____			
<input type="checkbox"/> Frénotomie faite			
<input type="checkbox"/> Exercices/massage bébé			
<input type="checkbox"/> Temps sur le ventre (<i>Tummy times</i>)			
Autre(s) : _____			
PRESCRIPTION			
_____ _____ _____ _____			
SUIVI			
<input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> Revoir au besoin			
<input type="checkbox"/> Suivi avec l'infirmière du CLSC, le : _____ Raison(s) : _____			
<input type="checkbox"/> Relance téléphonique, le : _____			
<input type="checkbox"/> Rendez-vous, le : _____ Lieu : _____			
<input type="checkbox"/> Référence médicale : _____ Raison(s) : _____			
<input type="checkbox"/> Autre référence : _____ Raison(s) : _____			
<input type="checkbox"/> Rendez-vous avec médecin de famille, le : _____			
<input type="checkbox"/> Suivi intervenante du CLSC (SIPPE ²), le : _____			
_____ Signature de l'infirmière	_____ Nom en caractère d'imprimerie	_____ N° de permis	_____ Date
_____ Signature du médecin	_____ Nom en caractère d'imprimerie	_____ N° de permis	_____ Date

²Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)