PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
MATERNIDADE DR. ARAKEN IRERÊ PINTO

FORMULÁRIO AVALIAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO

NOME COMPLETO: _____ **IDADE:** ____
LEITO: _____

AVALIAÇÃO DO BINÔMIO	PUÉRPERAS	TIPO DE PARTO: ( ) NORMAL ( ) CESÁREA
		MAMAS: ( ) LACTANTES ( ) HIPERLACTANTES ( ) HIPOLACTANTES ( ) INGURGITADA ( ) SEM COLOSTRO
		TIPOS DE MAMILO: ( ) PLANO ( ) PROTUSO ( ) INVERTIDO
		ASPECTO DO MAMILO: ( ) ÍNTEGRO ( ) FISSURADO ( ) ( ) HIPEREMIADO
		ORDENHADO: ( ) SIM ( ) NÃO
		DOADORA: ( ) SIM ( ) NÃO
	RN	PEGA CORRETA: ( ) SIM ( ) NÃO
		BOA SUCÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO
		ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: ( ) SIM ( ) NÃO
CHECK-LIST E INDICADORES		Amamentação na 1ª hora de vida: ( ) SIM ( ) NÃO Contato pele a pele (Passo 4): ( ) SIM ( ) NÃO Orientação sobre benefícios e manejo do AM (Passo 5): ( ) SIM ( ) NÃO Orientação para não oferecer nenhum outro alimento que não seja o LM sem justificativa médica (Passo 6): ( ) SIM ( ) NÃO Orientação para amamentar livre demanda (Passo 8): ( ) SIM ( ) NÃO Orientação para não oferecer outros bicos, chupetas e mamadeiras (Passo 9): SIM ( ) NÃO ( ) Orientação sobre apoio continuado após a alta (Passo 10); ( ) SIM ( ) NÃO

DATA	EVOLUÇÃO CLÍNICA/CONDUTA

Produto desenvolvido no âmbito do III Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Orientanda: Rosicler Cristine C. Severiano Albuquerque. Orientador: Prof. Dr. Flávio César Bezerra da Silva. Coorientadora: Profa. Dra. Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho. Maio de 2019.

UFRN UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE / ESUFRN Escola de Saúde
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
Rede Cegonha