

Mère

Enfant

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : / /
 Date de sortie maternité : / /
 Sérologies prélevées le : / /

Entourer le symbole « + » (positif) ou « - » (négatif) quand résultats obtenus :

Hépatite B : AgHbs	+ / -	Hépatite B : Ac AntiHbc	+ / -
Hépatite C : Ac anti-VHC	+ / -		
CMV (≤ 32 SA) IgG	+ / -	CMV (≤ 32 SA) IgM	+ / -
HIV I	+ / -	HIV II	+ / -
HTLV I	+ / -	HTLV II	+ / -

*: NSP = Ne Sais Pas

Mère vaccinée-Hépatite B : OUI NON NSP*
 Antécédent transfusion : OUI NON NSP*
 Prise médicamenteuse maternelle (à détailler) :



Terme : SA jour(s)
 Poids de naissance : g
 Enfant :
 unique jumeau triplé
 Lieu de naissance :
 Lieu de suivi ultérieur de l'enfant :

Tabagisme : OUI NON

BACTERIO. SUR LAIT MATERNEL (à prévoir dès 30 SA)

Date Bactério	Lieu du recueil maternité service néonata domicile	Type de lait frais - congelé	Résultats Bactério positive si • germes totaux ≥ 10 ⁶ • Staph doré, entérobactéries, strepto D ≥ 10 ⁴	Actions

Validation Autorisation E du médecin	Don colostrum prélevé dans service ou à la mat (Si CMV nég. pour les ≤ 32 SA)	Nécessité de pasteurisation LM en lactarium (≤ 32 SA)	Autorisation LM cru frais ≤ 48h ou cru décongelé (si : bactério. nég., alimentation entérale ≤ 1h, enfant ayant atteint les 32 SA ou né entre 32 et 34 SA)		Autorisation LM cru frais ≤ 48h sans bactério (ou) LM cru décongelé avec bactério et si alimentation entérale ≤ 1h (enfant né à 34 SA ou +)		Mise au sein temporairement contre indiquée	Mise au sein autorisée
			Maternité	Maison	Maternité	Maison		

Don de LM au lactarium souhaité : OUI / NON (impossible si antécédent de transfusion)

DEROULEMENT DE L'ALLAITEMENT

Dates : du 1^{er} peau à peau : / /
 de la 1^{ère} alimentation avec LFP : / /
 de la 1^{ère} alimentation avec LM : / /
 de la 1^{ère} mise au sein : / /
 du 1^{er} don de colostrum :/...../.....

Année :

Indiquer le jour de naissance par une « \updownarrow »

A cocher quand les informations sont données

- Livret allaitement (remis)
- Consignes d'utilisation tire-lait
- Hygiène corporelle
- Hygiène des prélèvements
- Stérilisation matériel à domicile
- Expression manuelle

(*) : Si ≥ 500 ml/jour dès la 2^{ème} semaine = production adaptée semaines suivantes. Sinon, réadapter conseils avec la mère.

Semaine 1

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....

Qté envoyée lactarium :
..... ml

Date :/...../.....

Qté retour lactarium :
..... ml

Semaine 2

Période clé pour atteindre au moins les 500 ml/jour (*)

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....

Qté envoyée lactarium :
..... ml

Date :/...../.....

Qté retour lactarium :
..... ml

Semaine 3

Période clé pour atteindre au moins les 500 ml/jour (*)

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....

Qté envoyée lactarium :
..... ml

Date :/...../.....

Qté retour lactarium :
..... ml

Semaine 4

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....

Qté envoyée lactarium :
..... ml

Date :/...../.....

Qté retour lactarium :
..... ml

Semaine 5

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....
Qté envoyée lactarium :
 ml

Date :/...../.....
Qté retour lactarium :
 ml

Semaine 6

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....
Qté envoyée lactarium :
 ml

Date :/...../.....
Qté retour lactarium :
 ml

Semaine 7

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....
Qté envoyée lactarium :
 ml

Date :/...../.....
Qté retour lactarium :
 ml

Semaine 8

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....
Qté envoyée lactarium :
 ml

Date :/...../.....
Qté retour lactarium :
 ml

Semaine 9

	Jeudi /	Vendredi /	Samedi /	Dimanche /	Lundi /	Mardi /	Mercredi /
Quantité LM							
Fréquence prélèvement <small>à remplir 2 fois/semaine, selon évolution</small>							

Quantité de lait stocké par lactarium : ml
 Lait jeté par le lactarium : OUI / NON - Pourquoi ?
 Commentaires :

Date :/...../.....
Qté envoyée lactarium :
 ml

Date :/...../.....
Qté retour lactarium :
 ml

DEROULEMENT DE L'ALLAITEMENT

DATES et
PARAPHES

COMMENTAIRES



TRANSFERT ou SORTIE : Préciser les modalités d'alimentation

- Sein complet Sein partiel
- Biberon LM
- Biberon Préparation Pour Nourrisson
- Tétée doigt Tétée seringue
- Autre(s) à préciser :

Si l'allaitement est interrompu :

Date : / /

Motif(s) :