



MOCLI60809

Installation : _____

PRISE EN CHARGE HYPOPRODUCTION LACTÉE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Date de l'évaluation : _____	aaaa/mm/jj	Heure : _____	hh:mm	Évaluation initiale	☐ Suivi # _____
Objectif de l'usagère pour son allaitement :	☐ Exclusif	☐ Tire-allaitement exclusif	☐ Mixte		
Référent : _____		Collecte de données du référent :	☐ Oui	☐ Non	

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

Mise au sein observée : ☐ Oui ☐ Non

Observations : _____

Problématiques rapportées par l'usagère : _____

Préparations commerciales pour nourrissons (PCN) : ☐ Oui ☐ Non

Qté par boire : _____ ml Nombre boire par jour : _____

Biberon : ☐ Oui ☐ Non Dispositif d'aide à l'allaitement : ☐ Oui ☐ Non Suce : ☐ Oui ☐ Non Téterelle : ☐ Oui ☐ Non

Tire-lait : ☐ Oui ☐ Non ☐ Double ☐ Simple ☐ Électrique ☐ Manuel Modèle : _____

Nombre d'utilisation du tire-lait par jour : _____ Durée : _____ min Quantité tirée : _____ mL/boire _____ mL/jour

Commentaires : _____

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

Poids de naissance : _____ g Poids ce jour : _____ g

Nombre miction/jour et apparence : _____ Nombre selle/jour et apparence : _____

Ankyloglossie : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

État général du bébé : _____

Commentaires : _____

ANTÉCÉDENTS ET EXPÉRIENCE ACTUELLE EN LIEN AVEC L'ALLAITEMENT

Premier allaitement : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Motivation de l'usagère face à l'allaitement : _____

Observation des seins : ☐ Oui ☐ Non ☐ Seins tubulaires ☐ Réduction mammaire ☐ Augmentation mammaire

Prise de produits naturels pour l'allaitement : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Commentaires : _____

PROBLÉMATIQUE(S) OBSERVÉE(S) ET ANALYSE

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| ☐ Hypoproduction | ☐ Stimulation inadéquate | ☐ Vasospasme du mamelon | ☐ Candida | ☐ Gerçures/crevasses |
| ☐ Ampoule de lait | ☐ Engorgement | ☐ Mastite | ☐ Hyperproduction | ☐ Réflexe d'éjection fort |

Autre : _____

INTERVENTIONS

- ☐ Prise de produits naturels débutée ou modifiée: _____
- ☐ Recommandation de consommer des aliments galactogènes (ex : avoine, amande, cajou, malt d'orge, levure de bière)
- ☐ Recommandation de stimuler les seins à l'aide d'un tire-lait double électrique (de grade hospitalier, idéalement)
- Préciser le plan d'expression** : Nombre de fois par jour : _____ Durée des expressions : _____ min
- Autre : _____
- ☐ Recommandation de consulter un professionnel spécialisé en allaitement ex : Ostéopathie/Chiro
- ☐ Recommandation d'un traitement pharmacologique avec la dompéridone (Motilium)
- ☐ Validation des contre-indications absolues au traitement pharmacologique pour les sages-femmes.
- En présence d'au moins une contre-indication : référer l'usagère au médecin, IPS ou clinique d'allaitement :*
- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Anomalie cardiaque structurelle | ☐ Insuffisance cardiaque | ☐ Histoire familiale d'arythmies cardiaques graves |
| ☐ Antécédent cancer du sein | ☐ Insuffisance hépatique | ☐ Troubles électrolytiques |
| ☐ Arythmie cardiaque | ☐ Insuffisance rénale | ☐ Tumeur hypophysaire |
| ☐ Perforation/obstruction/hémorragie gastro-intestinale préexistantes | | |
- ☐ Aucune contre-indication au traitement
- ☐ Absence d'interactions médicamenteuses (validation au dossier santé Québec avec l'accord de l'usagère)
- ☐ Discussion des effets secondaires : insomnie, agitation, dépression, attaques de panique, idées suicidaires, xérostomie, céphalée, crampes abdominales, diarrhée, constipation, palpitations, arythmie
- ☐ Prescription du traitement pharmacologique de dompéridone rédigée, remise à l'usagère **ET/OU** acheminée à la pharmacie communautaire
- ☐ Recommandation de communiquer avec la sage-femme, le médecin, l'IPS ou le pharmacien, selon la situation, en cas d'effets secondaires
- ☐ Discussion de la possibilité d'une frénectomie pour le bébé
- ☐ Recommandation de consulter un professionnel habilité à effectuer une frénectomie
- ☐ Référence en clinique d'allaitement spécialisée : _____
- ☐ Référence vers un organisme communautaire en allaitement : _____

Autres recommandations : _____

PLAN DE SUIVI

- ☐ Suivi téléphonique planifié le : ____aaaa/mm/jj____ Heure : ____hh:mm____
- ☐ Suivi en présentiel planifié le : ____aaaa/mm/jj____ Heure : ____hh:mm____ Lieu : _____
- ☐ Rappel fait de prendre un rendez-vous avec médecin/IPS de famille pour prolongation du traitement pharmacologique
- Nom et coordonnées du médecin/IPS : _____
- ☐ Plan de traitement pour l'arrêt progressif du traitement pharmacologique : _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Signature et titre du professionnel : _____

Date : ____aaaa/mm/jj____