

Nom
Prénom

Date de consultation

Naissance (rayer les mentions inutiles) Date de naissance :		Poids de naissance :	
Hôpital/ maison/ maison de naissance.			
Terme en semaines:		Voie basse/Césarienne/Forceps/aspiration/assisté	Poids actuel :
	Non	Oui	
			Vous avez consulté une IBCLC ou vous fréquentez les réunions de La Leche League?
			Reconnaissez-vous chez vous un des symptômes suivants?
1			Tétées douloureuses.
2			Mamelons déformés après une tétée. (aplatis, blessés etc.)
3			Crevasse, mamelons en sang ou fissurés
4			Engorgement/canaux obstrués/ampoule de lait/Galactocèles ou mastite
5			Candidose du sein.
6			Réflexe d'éjection fort / hyper lactation ou production lactée faible?
7			Besoin de bouts de sein. Si oui, Gauche ou droite ou les deux?
8			Nombre de tétées par jour
9			Combien de temps dure une tétée ?
			Nourrisson. Cochez ce qui s'applique à votre bébé.
10			Diagnostic de frein lingual serré posé?
11			Diagnostic de frein de lèvre serré posé?
12			Si oui, traité ? Si oui, auprès de qui ? Date(s):
13			Etes-vous sous traitement médical?
14			Si oui, quels médicaments prenez-vous ?
			Les tétées sont elles
15			Prolongées ou incomplètes?
16			Nécessitent des suppléments de lait.
17			Saccadées?
18			Plus fréquentes que toutes les 2 heures?
			Votre bébé
19			A-t-il du mal à prendre le sein (s'accrocher) ?
20			Relâche-t-il souvent le sein?
21			A une prise de sein peu profonde?
22			Présente une ampoule sur la lèvre supérieure ou des cloques sur la (les) à lèvre(s) ?
23			Glisse du sein ?
24			Souffre des gaz, rots importants, flatulences, hoquets récurrents ?
25			Souffre d'aérophagie ?
26			Souffre de reflux physiologique ou de RGO ?
27			Présente un réflexe nauséux au sein, au doigt, au biberon ou à la tétine ?
28			S'arque en arrière, se cambre ou repousse le sein ?
29			Serre ses poignets lors des tétées ?
30			Dort cambré ?
31			N'a que de brèves plages de sommeil ?
32			Remonte ses genoux en pleurant ?
33			Ronfle ou émet des bruits en dormant ?
34			A besoin de dormir incliné ou à la verticale ?
35			Emet un bruit "tchk tchk" lors des tétées ?
36			Laisse s'écouler du lait de sa bouche lors des tétées ?
37			Avale de l'air lors des tétées?
38			Frotte ou mord le mamelon lors des tétées ?
39			Présente un pli au niveau du philtrum après une tétée ?
40			N'a pas retrouvé sa courbe de poids depuis sa naissance ?
41			Perd du poids ?
42			Tend ses lèvres plutôt que langue quand il prend le sein ?
43			Présente une asymétrie crânienne/une épaule plus haute/un pli asymétrique dans le cou.
44			Prends des suppléments de lait ?
45			Si oui, par le biais des tétines artificielles ?
46			A t'il vu un ostéopathe D.O. ou Chiropracteur pédiatrique depuis jour 7 ?

Questionnaire freins buccaux. Nom, prénom mère.

N° téléphone Mère:

Adresse email: