



CONFIDENTIEL

Feuille de statistique de marrainage

Marraine: _____ Date du premier appel: _____
Provenance de la demande: _____ Objectif d'allaitement: _____

Renseignements généraux

Nom: _____ Date de naissance: _____
Adresse: _____ Téléphone: _____
_____ Nombre d'allaitements antérieurs: _____
_____ Enfants?: _____ Nombre: _____ Durée de ces allaitements: _____
Problèmes de santé connus: _____ Difficultés: _____
_____ Fumeuse?: ☼ Nombre cig./jour: _____

Données sur l'accouchement

Date prévue: _____ Date d'accouchement: _____
Hôpital: _____ Accouchement: Vaginal: ☼ Césarienne: ☼
Induction: ☼ Spécifiez: _____ Type de césarienne:
Ventouse: ☼ Forceps: ☼ Péridurale: ☼ D'urgence: ☼ Planifiée ☼
Satisfaction face à l'accouchement: _____ Type d'anesthésie de la césarienne:
_____ Péridurale: ☼ Générale: ☼

Données sur le bébé

Sexe: Féminin: ☼ Masculin: ☼ Nombre de semaines de gestation: _____
Prénom: _____ Jaunisse: ☼ Traitement: _____
Poids à la naissance: _____

Allaitement à l'hôpital

Allaitement dans les 2 heures suivant la naissance: Oui: ☼ Non: ☼
Peau-à-peau favorisé: Oui: ☼ Non: ☼
Avec qui: Maman: ☼ Papa: ☼
Cohabitation: Totale: ☼ Partielle: ☼
Pas de cohabitation: ☼
Complémentation? Oui: ☼ Non: ☼
Quelle méthode: DAL: ☼ Gobelet: ☼
Biberon: ☼ Seringue: ☼ Doigt: ☼
Type de lait: Maternel: ☼ Préparation: ☼

Autres informations pertinentes: _____

