

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
IMSP Institutul Mamei și Copilului

VIZITE DE MONITORIZARE LA DOMICILIU A COPILULUI SĂNĂTOS DE VÂRSTĂ MICĂ

GHID[○] DE SUPORT PENTRU APLICARE PRACTICĂ (PENTRU ASISTENTE MEDICALE DE FAMILIE)

Sub redacția
Ninel REVENCO

Chișinău 2018

VIZITE DE MONITORIZARE LA DOMICILIU A COPILULUI SĂNĂTOS DE VÂRSTĂ MICĂ

GHID DE SUPORT PENTRU APLICARE PRACTICĂ (PENTRU ASISTENTE MEDICALE DE FAMILIE)

Sub redacția:

Ninel REVENCO, dr.hab.șt.med., profesor universitar, IMSP Institutul Mamei și Copilului

Ghidul este elaborat pentru a ajuta personalul medical în supravegherea și acordarea asistenței medicale copiilor primilor ani de viață. Lucrarea este dedicată studenților de la Colegiile de medicină, asistenților medicilor de familie, care asigură asistență medicală primară copiilor de vârstă mică.

Ghidul a fost elaborat cu suportul financiar al Reprezentanței UNICEF în Republica Moldova și publicat în cadrul proiectului „Consolidarea programului de vizite la domiciliu ca parte componentă a Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulator”. Conținutul, opiniile și modul de expunere în prezenta publicație nu reflectă neapărat punctul de vedere al finanțatorului.”

© Reproducerea conținutului acestei publicații, integrală sau parțială, în formă originală sau modificată, precum și stocarea într-un sistem de regăsire sau transmiterea sub orice formă și prin orice mijloace sunt interzise fără autorizarea scrisă a autorilor.

Colectivul de autori:

Ninel REVENCO, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Vicedirector Cercetare, Inovare și Transfer tehnologic, IMSP Institutul Mamei și Copilului;

Olga CÎRSTEA, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, Departamentul Pediatrie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”;

Adela HORODIȘTEANU-BANUH, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător, cercetător științific superior, Laboratorul Științific Pediatrie, IMSP Institutul Mamei și Copilului;

Marina ARAMĂ, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător, cercetător științific superior, Laboratorul Științific Pediatrie, IMSP Institutul Mamei și Copilului;

Natalia CHIPER, doctor în științe medicale, cercetător științific, Laboratorul Științific Pediatrie, IMSP Institutul Mamei și Copilului;

Dorina SAVOSCHIN, cercetător științific, Laboratorul Științific Pediatrie, IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Recenzenți:

Ala Manolache, director Centrul de excelență în medicină și farmacie „Rasia Pacalo”, profesor la disciplina Comunicare și psihologie medicală, grad didactic superior;

Elena Stempovschi, doctor în psihopedagogie, conferențiar universitar, președintele Asociației de Nursing Republica Moldova.

Redactare:

Ala Rusnac

Pictori:

Ruxanda Stefanov

Serghei Samsonov

Machetare:

Ruxanda Stefanov

Aprobat la ședința Comisiei Metodice de Profil, USMF „N. Testemițanu”, proces verbal nr. 2 din 19 aprilie 2018

Aprobat la ședința Consiliului Științific al IMSP IMC, proces verbal nr. 4 din 26 aprilie 2018

Aprobat la Seminarul Științific de Profil „Pediatrie și Neonatologie”, proces verbal nr. 3 din 30 mai 2018

Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, proces verbal nr. 3 din 20 iunie 2018

*„Copilăria este ca o oglindă care reflectă în viața de mai târziu primele imagini.”
(Samuel Smiles, scriitor și reformator scoțian)*

Prefață

Experiențele din copilăria timpurie sunt numite și „arhitecți” ai creierului, calitatea acestor experiențe și relații determinând dezvoltarea copilului. Adulții din preajma copilului, în primul rând părinții, dar și acei profesioniști care le calcă pragul mai frecvent, pot asigura un mediu prielnic de dezvoltare. Lucrătorul medical, prin vizitele pe care le face la domiciliul familiei, este o resursă extraordinară de informație, suport, sfaturi și grijă pentru întreaga familie.

Acest ghid reprezintă un suport metodologic care descrie procedurile de prestare, organizare și funcționare a noului standard de prevenire a maladiilor și a riscurilor pentru bunăstarea copilului în cadrul programului de vizite la domiciliu a familiilor care cresc copii de vârstă mică. Ghidul reunește principalele aspecte de lucru conforme cu legislația în vigoare și actele de procedură care au fost considerate utile de către autori și reprezintă modele orientative care urmează a fi adaptate, îmbunătățite și modificate în funcție de diversitatea situațiilor practice din activitatea asistenței medicale primare.

Autorii propun un ghid de implementare a Standardului de vizite de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani, care va ajuta lucrătorii medicali prin oferirea instrumentelor practice de evaluare a copilului, familiei și mediului; conținuturi și materiale informative pentru părinți; scale de evaluare pentru identificarea riscurilor pentru dezvoltarea și bunăstarea copilului, sugestii de comunicare eficientă cu părinții, precum și o structură clară de efectuare a vizitelor la domiciliu.

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectelor finanțate de UNICEF și anume: „Copiii de vârstă fragedă din Republica Moldova – înțelegem necesitățile, dezvoltăm serviciile, reformăm sistemul” (realizat de CCF/HHC Moldova în perioada 2015-2017) și „Consolidarea programului de vizite la domiciliu ca parte componentă a Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulator” realizat de colectivul de autori.

Dorim să mulțumim pentru contribuție la elaborarea Ghidului: Liliana Rotaru (AO CCF/HHC Moldova), Daniela Mămăligă (AO „Parteneriate pentru fiecare copil”), Daniela Sîmboteanu (Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii).

Apelăm la lucrătorii medicali să dea dovadă în munca lor de cele mai importante valori, și anume: profesionalism, empatie, grijă, comunicare, gândire critică, atenție la considerațiile etice și legale.

Autorii

Cuprins

Abrevieri	8
Introducere	9
Partea I	
Rolul asistentului medical de familie în aplicarea practică a mecanismului de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor pentru bunăstarea copilului	10
Îngrijirea nou-născutului sănătos	15
Semnele de pericol pentru viața copilului de vârstă mică	33
Sindromul de moarte subită la sugar	37
Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni	41
Alimentația copilului de la 6 la 23 luni	55
Principiile de bază în alimentația sănătoasă a copilului cu vârsta de peste 24 de luni	63
Măsurători antropometrice pentru evaluarea creșterii, dezvoltării și stării de nutriție la copil	66
Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului	80
Reguli de igienă orală pentru a menține sănătatea dentară la copil	95
Importanța problemelor de sănătate mintală a mamei în perioada postnatală asupra dezvoltării și bunăstării copilului	98
Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții	101
Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copiii de 0-5 ani	109
Semne de identificare a potențialelor situații de abandon al copilului	114
Semnarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie	121
Partea II	
Normele de organizare a vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani	129
Vizita 1 – consultația antenatală a gravidei la termenul de 32-36 săptămâni de sarcină	135
Vizita 2 în primele 3 zile după externarea din maternitate	136
Vizita 3 la vârsta de 10-14 zile	137
Vizita 4 la vârsta de 1 lună	138
Vizita 5 la vârsta de 1,5 luni	139
Vizita 6 la vârsta de 2 luni	140
Vizita 7 la vârsta de 3 luni	141
Vizita 8 la vârsta de 5 luni	142
Vizita 9 la vârsta de 7 luni	143

Vizita 10 la vârsta de 9 luni	144
Vizita 11 la vârsta de 11-12 luni	145
Vizita 12 la vârsta de 15 luni (1 an 3 luni)	146
Vizita 13 la vârsta de 18 luni (1 an 6 luni)	147
Vizita 14 la vârsta de 18-24 luni (1 an 6 luni – 2 ani)	148
Vizita 15 la vârsta de 25-36 luni (2 – 3 ani)	149
Vizita 16 la vârsta de 36-48 luni (3 – 4 ani)	150
ANEXE	
Formularele de lucru pentru asistența medicală de familie în timpul vizitei la domiciliu.....	151
Anexa 1 Fișa de evaluare a tehnicii de alăptare	183
Anexa 2 Scala Edinburgh de Depresie Postpartum	184
Anexa 3 Standardele de creștere a copiilor de la naștere până la 5 ani (tabele centilice OMS, simplificate pentru lucrul în comunitate)	186
Anexa 4 Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului.	196
Anexa 5 Intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului	198
Partea III	
Sfaturi pentru părinți.....	202
Bibliografia selectivă	234

Äbrevieri

AMF	– asistentul medicului de familie
BDA	– boala diareică acută
BDP	– boala diareică persistentă
CF	– convulsii febrile
CNPAC	– Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii
DMPDC	– Direcția Municipală pentru Protecția Drepturilor Copilului
IMC	– indice de masă corporală
MAI	– Ministerul Afacerilor Interne
MEd	– Ministerul Educației, Culturii și Cercetării
MMPSF	– Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei
MS	– Ministerul Sănătății
MSMPS	– Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
SMSS	– Sindromul morții subite la sugar
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
UNICEF	– Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
UVB	– raze ultraviolete B
Vitamina D3	– colecalciferol
TBC	– tuberculoză

Asigurarea unui start sănătos pentru dezvoltarea copilului și fortificarea sănătății materne este una dintre sarcinile prioritare ale sistemului de sănătate. Identificarea timpurie a problemelor de creștere și dezvoltare a copilului reprezintă oportunitatea primară și universală pentru intervenția în timp util și cu rezultate optime.

Contactele lucrătorilor medicali cu familiile cu copii în instituție și în comunitate creează numeroase prilejuri pentru realizarea serviciilor preventive și de promovare a sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor. Este importantă îngrijirea preventivă continuă, începând cu perioada sarcinii și până la vârsta de 3 ani ai copilului de către serviciile medicale primare.

Acest Ghid se aplică lucrătorilor medicali (medic de familie, asistenta medicală de familie) din cadrul instituțiilor medicale primare (Centre Medicină de Familie, Centre de Sănătate, Oficiile Medicilor de Familie), având rolul de a standardiza abordarea supravegherii creșterii, dezvoltării și a bunăstării copilului în primii ani de viață.

În acest Ghid se prezintă etapele parcurse de compartimentele implicate în supravegherea sănătății și îngrijirile preventive pentru copiii de 0-3 ani la domiciliu.

Activitățile de supraveghere activă a stării de sănătate a copiilor de 0-3 ani la domiciliu se racordează la principiile strategiei globale, lansate de Organizația Națiunilor Unite, cu privire la sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților: acțiuni preventive cu efect multiplu și de durată, cu accent pe identificarea timpurie, sprijin parental, abordare echitabilă prin ajutarea celor mai vulnerabile categorii, fortificarea rolului asistentei medicale în promovarea sănătății copiilor în primii ani de viață.

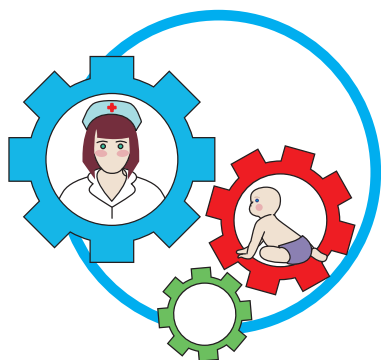
Monitorizarea creșterii și promovarea nutriției optime sunt componente esențiale ale prevenției la copiii de toate vârstele. Monitorizarea creșterii copilului contribuie la confirmarea unei dezvoltări normale, dar și la identificarea timpurie a unor potențiale probleme nutriționale sau de sănătate. Dezvoltarea insuficientă în perioada fetală și în primii doi ani de viață este asociată cu efecte pe termen scurt și lung: scăderea imunității, probleme cognitive și o creștere staturală compromisă. Supraalimentația poate predispune la afecțiuni asociate cu obezitatea, diabetul și sindromul metabolic și mai târziu, în viața de adult, la apariția bolilor legate de „stilul de viață”, inclusiv afecțiuni cardio-vasculare precum hipertensiunea arterială și boala coronariană.

Evaluarea creșterii este singura măsurătoare care poate captura în mod concomitent starea de sănătate și de nutriție a copiilor, deoarece tulburările stării de sănătate și de nutriție afectează aproape întotdeauna aspectele creșterii. Măsurătorile creșterii sunt cele care contribuie la formarea unei impresii clinice generale privind starea copilului măsurat, chiar în absența oricărui simptom.

Principalele obiective ale monitorizării creșterii și dezvoltării copilului de vârstă mică sunt următoarele:

- de a oferi un instrument de evaluare a stării de sănătate și nutriție a fiecărui copil;
- de a permite inițierea unei acțiuni eficiente ca răspuns la deviații de la normal ale creșterii și dezvoltării;
- de a-i face pe părinți să conștientizeze importanța modului în care nutriția, activitatea fizică, genetica și boala pot afecta creșterea și, în acest sens, de a motiva și a facilita inițiativa individuală și îmbunătățirea practicilor de îngrijire a copilului.

ROLUL ASISTENTULUI MEDICAL DE FAMILIE ÎN APLICAREA PRACTICĂ A MECANISMULUI DE COOPERARE INTERSECTORIALĂ PENTRU PREVENIREA PRIMARĂ A RISCURILOR PENTRU BUNĂSTAREA COPILULUI



„Rolul esențial al asistentei medicale constă în a ajuta persoana bolnavă sau sănătoasă să-și mențină sau recâștige sănătatea prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singură dacă ar fi avut forța, voința sau cunoștințele necesare” (Virginia Henderson)

Dacă ne referim la sănătatea copiilor, atunci asistentele medicale de familie au rolul esențial în comunitate în asigurarea unei forme de intervenție specifică pentru menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a copiilor, reducerea inechităților în atingerea potențialului maxim de dezvoltare și incluziunea lor educațională și socială.

Aceasta este reprezentată prin Standardul de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani, reglementat prin ordinul MS RM nr. 631 din 27.07.2017 „Cu privire la organizarea vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani de către asistentul medical de familie”.

Scopul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani este de a susține familia pentru a asigura creșterea și dezvoltarea optimală a copilului prin realizarea următoarelor obiective: asigurarea activităților de prevenție, promovarea sănătății și întreprinderea acțiunilor concrete de suport oferit tuturor familiilor, începând cu perioada antenatală; identificarea timpurie a necesităților copiilor și/sau familiei și a potențialilor factori de risc pentru apariția acestora; prestarea universală a activităților de monitorizare și fortificare a stării de sănătate a copilului de 0-3 ani în conformitate cu standardele minime de calitate; sporirea calității serviciilor prestate copilului și familiei prin oferirea intervențiilor țintite pentru a răspunde necesităților acestora; promovarea practicilor parentale pozitive pentru menținerea sănătății și bunăstării copilului de 0-3 ani.

Atingerea acestor obiective în activitatea asistentului medical de familie nu este posibilă fără cooperare intersectorială în comunitate, în special în cazul familiilor aflate în situație de risc. Mecanismul care reglementează această cooperare este descris în „Instrucțiunea cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului”, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 143 din 12.02.2018.

Prevederile prezentei Instrucțiuni vizează modul de intervenție și cooperare a angajaților care activează în domeniile ocrotirii sănătății, educației, asistenței sociale și ordinii publice pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului. În sensul prezentei Instrucțiuni, noțiunile utilizate au următoarele semnificații:

1) *bunăstarea copilului* – satisfacerea necesităților copilului în toate domeniile

importante pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a acestuia, care îi asigură un început bun în primii ani de viață și pregătire pentru realizări pe tot parcursul vieții. Domeniile bunăstării copilului sunt:

- a) *siguranță* – protecție de violență, neglijare, exploatare și vătămare acasă, în instituția de învățământ sau în comunitate;
- b) *sănătate* – suport în adoptarea unui mod sănătos de viață și acces la asistență medicală pentru atingerea standardelor de sănătate fizică și mintală;
- c) *realizare* – susținere și îndrumare în procesul de învățare și de dezvoltare a abilităților, încrederii și respectului de sine acasă, în instituția de învățământ și în comunitate, în corespundere cu vârsta și potențialul copilului;
- d) *îngrijire cu afecțiune* – asigurare a unui mediu de creștere și dezvoltare care oferă dragoste, susținere și încurajare, și care răspunde necesităților copilului;
- e) *activism* – crearea oportunităților și încurajarea participării în diverse activități în corespundere cu interesele, vârsta și potențialul copilului, care contribuie la o creștere și dezvoltare armonioasă;
- f) *respect* – recunoașterea importanței și asigurarea dreptului fiecărui copil de a fi tratat cu stimă și demnitate oricând, indiferent de vârstă, sex sau origine, indiferent de ceea ce a făcut sau nu a reușit să facă; totodată, respectul presupune asigurarea condițiilor necesare în care copilul să fie auzit și să participe la luarea deciziilor ce îl vizează, în corespundere cu vârsta și potențialul său;
- g) *responsabilitate* – încurajare și sprijin în asumarea sarcinilor și rolurilor active acasă, în instituția de învățământ și comunitate, capacitatea de autocontrol, înțelegerea și respectarea normelor morale și sociale, în corespundere cu vârsta și potențialul copilului;
- h) *incluziune* – acceptarea fiecărui copil, fără nici o diferențiere, drept o persoană care poate avea o contribuție valoroasă în familie și comunitate, eliminarea inegalităților sociale, educaționale, fizice și economice și acceptarea ca membru activ al comunității în care trăiește și învață, în corespundere cu vârsta și potențialul copilului;

2) *factori protectori ai familiei* – elemente-cheie de consolidare a competențelor parentale în vederea valorificării potențialului familiei pentru asigurarea bunăstării copilului. Factorii protectori ai familiei sunt:

- a) *reziliență parentală* – capacitatea părinților/persoanei în grija cărora/căreia se află copilul de a face față tensiunilor în familie, presiunilor economice și altor factori de stres cotidian și de a satisface necesitățile de creștere și educare a copilului, inclusiv în situații de stres;
- b) *rețea socială de suport al familiei* – dorința și capacitatea părinților de a stabili relații sociale cu membrii comunității, de a participa la diferite activități din comunitate, de a solicita și a obține susținere emoțională, sprijin informațional, instrumental sau spiritual din partea membrilor comunității;
- c) *capacitate parentală pentru îngrijirea și dezvoltarea copilului* – competențe parentale formate, dorința și capacitatea de a învăța despre îngrijirea și educația copilului, cunoașterea copilului propriu;
- d) *sprijin concret în caz de necesitate* – capacitatea părinților/persoanei în grija cărora/căreia se află copilul de a cunoaște și de a apela la ajutor în diferite situații de dificultate, experiențele de accesare a serviciilor și de depășire a barierelor în acest proces;
- e) *capacitate a părinților/persoanei în grija cărora/căreia se află copilul de a dezvolta*

competențele emoționale și sociale ale copilului – capacitate de a stabili relații emoționale cu copilul, de a exprima dragoste și afecțiune față de copil, de a-l ajuta pe copil să își exprime emoțiile și de a gestiona emoțiile acestuia;

- 3) *intervenție primară* – acțiuni de suport, oferite de către persoana desemnată, copilului și familiei din momentul apariției primelor semne de îngrijorare;
- 4) *intervenție primară specializată* – acțiuni de suport oferite copilului și familiei cu implicarea, de către persoana desemnată, a angajaților din cadrul serviciilor universale și din cadrul altor autorități, structuri, instituții cu competențe în domeniul protecției copilului;
- 5) *risc* – combinare a probabilității și consecințelor producerii unor întâmplări nefavorabile asupra bunăstării copilului;
- 6) *îngrijorare* – stare de neliniște apărută în procesul observării copilului, care indică asupra existenței unor semne ce afectează unul sau mai multe domenii de bunăstare a acestuia;
- 7) *persoană desemnată* – angajat al serviciilor universale, care este în contact direct cu copilul și familia lui, responsabil de observarea sistematică a bunăstării copilului, planificarea și realizarea intervenției primare pentru prevenirea riscurilor privind bunăstarea copilului;
- 8) *prevenire primară a riscurilor* – ansamblu de măsuri de observare sistematică a bunăstării copilului, evaluare a îngrijorărilor referitoare la bunăstarea copilului, planificare și realizare a acțiunilor pentru înlăturarea îngrijorărilor respective de către persoana desemnată și, după caz, alți specialiști prin intervenții primare și intervenții primare specializate, conform prevederilor prezentei Instrucțiuni;
- 9) *servicii universale* – instituții medico-sanitare publice care acordă asistență medicală primară și instituții de învățământ preșcolar, primar, secundar (ciclul I și II) și profesional tehnic;
- 10) *coordonator* – angajat al serviciilor universale care oferă suport persoanei desemnate, implică specialiști din alte autorități, instituții, servicii, coordonează implementarea acțiunilor planificate pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului și referă cazul la alte servicii.

Mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului are următoarele obiective: consolidarea intervenției angajaților serviciilor universale pentru satisfacerea necesităților copilului; asigurarea abordării holistice în observarea și înlăturarea semnelor de îngrijorare în scopul îmbunătățirii bunăstării copilului; reducerea necesității intervențiilor de protecție prin acțiuni de prevenire primară; valorificarea potențialului familiei în creșterea și dezvoltarea copilului.

Asistentul medical de familie reprezintă serviciul universal de sănătate în comunitate și este numit **Persoană desemnată** pentru toți copiii de vârstă preșcolară, care nu sunt încadrați în instituțiile de educație timpurie (învățământ preșcolar) și care se află în evidența instituției medico-sanitare publice în cadrul căreia activează asistentul medicului de familie. Asistentul medical de familie, fiind persoană desemnată, este responsabil pentru observarea sistematică a bunăstării copilului, evaluarea, planificarea și realizarea intervenției primare și are următoarele atribuții (în cadrul Mecanismului de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului):

- efectuează observări sistematice ale bunăstării copilului și determină domeniile bunăstării care prezintă îngrijorare;
- evaluează bunăstarea copilului în cazul existenței îngrijorării/îngrijorărilor;
- planifică și realizează acțiuni de intervenție primară pentru prevenirea riscurilor privind bunăstarea copilului;

- participă, conform solicitării coordonatorului, la realizarea acțiunilor de intervenție primară specializată;
- asigură completarea, păstrarea și transmiterea fișelor de observare, evaluare și planificare a bunăstării copilului;
- generalizează anual datele privind implementarea Instrucțiunii și prezintă raportul coordonatorului.

Astfel, asistentul medical de familie este profesionistul din comunitate care deține informații relevante despre situația copilului de vârstă mică și la care pot apela specialiștii altor autorități, instituții, servicii etc. pentru cooperare și schimb de informații.

În activitatea sa de prevenire primară a riscurilor privind bunăstarea copilului, asistentul medical de familie este ajutat de medicul de familie, numit Coordonator, care are următoarele atribuții:

- oferă suport și acordă consultații persoanei desemnate în evaluarea, planificarea și realizarea acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului;
- facilitează implicarea specialiștilor din alte autorități, instituții, servicii în procesul de evaluare, planificare și realizare a acțiunilor de intervenție primară specializată;
- decide și referă cazul copilului autorităților, instituțiilor, serviciilor de asistență medicală specializată, asistență socială, ordine publică, de asistență psihopedagogică.

Activitatea echipei formate de către asistentul medical de familie (Persoana desemnată pentru copii de 0-3 ani) și medicul de familie (Coordonator pentru Persoana desemnată) este facilitată de conducătorul instituției medico-sanitare (centru de sănătate, centru al medicilor de familie), care are următoarele atribuții:

- reflectă în regulamentul intern al instituției obligativitatea implementării prevederilor Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului;
- include atribuțiile persoanei desemnate și ale specialistului coordonator în fișa postului angajaților vizați;
- asigură informarea familiei/copilului (verbal) și autorității tutelare locale (în scris) despre persoana desemnată a copilului;
- asigură persoana desemnată cu setul necesar de instrumente pentru observare, evaluare, planificare și raportare.

Observarea sistematică a bunăstării copilului de către asistentul medical de familie are loc în timpul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani, observările fiind consemnate în documentația de lucru (Fișa de observare a bunăstării copilului), iar suplimentar la periodicitatea stabilită, Fișa de observare se completează la momentul apariției anumitor semne de îngrijorare privind bunăstarea copilului.

NOTĂ: În cazul schimbării locului de trai/domiciliului sau a instituției de învățământ, atribuțiile persoanei desemnate vor fi preluate de către specialiștii responsabili de la noul loc de trai/domiciliu sau din cadrul noii instituții de învățământ.

Atunci când în timpul vizitei de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani au apărut îngrijorări de orice gen, asistentul medical de familie (Persoana desemnată) completează Fișa de evaluare a bunăstării copilului.

În cadrul evaluării, persoana desemnată stabilește:

- ce domenii ale bunăstării copilului sunt afectate și care sunt cauzele;
- dacă persoana desemnată dispune sau nu de toată informația necesară pentru a ajuta copilul;

- ce poate face persoana desemnată și instituția pe care o reprezintă pentru a-l ajuta pe copil;
- dacă este nevoie sau nu de sprijin din partea altor autorități, instituții, servicii.

În procesul de evaluare, persoana desemnată discută cu copilul (conform vârstei și nivelului de înțelegere), părinții/persoana în grija cărora/căreia se află copilul, profesioniștii din cadrul instituției pentru a acumula informații relevante privind bunăstarea copilului. Ca urmare a evaluării, persoana desemnată face constatări cu privire la creșterea și dezvoltarea copilului (ce îi reușește și ce poate realiza copilul, calitățile copilului care determină obținerea unor rezultate bune), capacitatea părinților/persoanei în grija cărora/căreia se află copilul de a asigura bunăstarea copilului (ce îi reușește familiei să facă pentru a crea condiții necesare creșterii și dezvoltării copilului și/sau ce nu îi reușește) și rețeaua de suport din comunitate (totalitatea persoanelor, serviciilor din comunitate (specialiști, instituții) care oferă sau pot oferi sprijin familiei în îngrijirea și educația copilului).

În urma evaluării, persoana desemnată fie decide că nu este necesar să se întreprindă acțiuni (îngrijorarea nu s-a confirmat), fie consideră necesar să planifice anumite acțiuni pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului.

Pentru a planifica acțiunile necesare mecanismului de prevenire primară a riscurilor privind bunăstarea copilului de 0-3 ani, asistentul medical de familie inițiază completarea Fișei de planificare, care include:

- I. acțiunile care pot fi realizate de către persoana desemnată în cadrul instituției pe care o reprezintă, cu indicarea termenelor de realizare și a rezultatelor obținute;
- II. acțiunile care pot fi realizate cu implicarea profesioniștilor din sectorul pe care îl reprezintă persoana desemnată;
- III. acțiunile care pot fi realizate cu implicarea profesioniștilor din sectoarele asistență socială și ordine publică.

Persoana desemnată (asistentul medical de familie) stabilește acțiunile din Fișa de planificare împreună cu coordonatorul (medicul de familie), familia și copilul, imediat după finalizarea evaluării. În cazul necesității implicării profesioniștilor din alte servicii/sectoare, coordonatorul (medicul de familie) oferă suport în contactarea acestora și facilitează convocarea echipei multidisciplinare.

Toate informațiile despre copil și familie sunt prelucrate conform prevederilor normative privind protecția datelor cu caracter personal.

În cazul în care copilul trece în evidența altei instituții din cadrul serviciilor universale (centru de sănătate, centru al medicilor de familie), persoana desemnată este obligată să transmită (personal sau prin scrisoare recomandată) conducătorului instituției respective fișele de observare, evaluare și planificare ale copilului.

Acest mecanism de cooperare intersectorială valorifică încă o dată rolul esențial al asistentului medical de familie în comunitate.

ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI SĂNĂTOS

Conform recomandărilor **Ghidurilor Naționale (B și C în toate edițiile)**, îngrijirea nou-născuților sănătoși în sala de naștere și salonul mamă-copil are la bază următoarele aspecte:

- Nou-născutul sănătos este înmănat mamei pentru asigurarea contactului „piele la piele” pentru contactul emoțional;
- Condițiile pentru promovarea *roomingului* trebuie create (aflarea în comun a mamei și nou-născutului) în toate maternitățile;
- *Alăptarea precoce* conform celor 10 pași, recomandați de OMS/UNICEF (după ce s-a constatat cu certitudine că respirația a fost inițiată normal, pruncul este adus mamei pentru alăptare);
- *Profilaxia hipotermiei* prin monitorizarea permanentă a temperaturii nou-născuților prematuri cu greutatea sub 2000 g (nou-născutul va fi protejat de răcire excesivă, fiind bine uscat și învelit);
- Implementarea metodei de îngrijire și încălzire a prematurilor „*piele-la-piele*”;
- Crearea condițiilor de îngrijire delicată, inofensivă și umană a nou-născuților cu retard de creștere intrauterină, a pruncilor bolnavi și a prematurilor cu greutatea sub 2000 g la nivelele II și III;
- Aprobarea unui model unic de diagnostic al afecțiunilor hipoxice ale sistemului nervos central la nou-născuți;
- Aprobarea unui model unic de îngrijire umană a nou-născutului și, în special, a celor cu greutate mică la naștere;
- Screeningul nou-născuților pentru depistarea fenilcetonuriei.

Primul contact dintre prunc și familie

Contactul permanent al nou-născutului cu mama trebuie stimulat imediat după naștere. În acest scop maternitățile trebuie să dispună de saloane mici, unde mama poate să se afle alături de pruncul ei. Un salon trebuie rezervat pentru nou-născuții în stare satisfăcătoare, ale căror mame sunt obosite sau nu se simt bine. Copiii care necesită îngrijire și monitorizare intensivă, de asemenea, trebuie să fie împreună cu mamele. Numai copiii și mamele în stare gravă și foarte gravă pot fi izolați pe perioada de tratament, asigurând condiții pentru ca mamele să poată participa la îngrijirea copiilor grav bolnavi.

Reguli pentru asigurarea contactului dintre mamă și nou-născut:

- contactul dintre mamă și nou-născut trebuie stabilit imediat după naștere;
- „procedurile obligatorii” de îngrijire a nou-născutului pot fi amânate pentru mai târziu, astfel încât părinții să se afle un timp mai îndelungat cu copilul lor;
- contactul permanent dintre prunc și mamă poate fi amânat la insistența mamei;
- membrilor familiei trebuie să li se permită vizite fără restricții, la discreția mamei, și fără a incomoda celelalte lăuze din salon. Dacă este posibil, trebuie să li se permită și taților să beneficieze de intimitate cu nou-născutul. Sălile din maternități trebuie amenajate astfel încât să asigure un confort familial.

ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI

În prima perioadă a vieții, bebelușii nu sunt apți să facă față agresiunilor și influențelor din mediul exterior. Sistemul de apărare naturală al organismului lor este format doar după al doilea an de viață.

Din acest motiv, grija zilnică pentru copilăș reprezintă o chestiune importantă, care contribuie la o dezvoltare sănătoasă. Pe de altă parte, este un proces foarte plăcut, care ajută la stabilirea legăturii dintre părinți și copil, oferind multe posibilități de contact direct. Multe femei care devin mame pentru prima dată nu sunt pregătite pe deplin să-și dedice întreg timpul acestor activități. Aceasta este o oportunitate excelentă pentru mamă de a fi aproape de copilăș și de a manifesta sensibilitate și dragoste față de el.

Grija zilnică pentru sugar nu trebuie să-l lase pasiv pe tată. Copilul are doi părinți și are nevoie de dragostea ambilor. Îngrijirea bebelușului nu este privilegiul exclusiv al mamei. Și prezența tatălui este importantă. În primul rând, ea contribuie la stabilirea unei legături strânse cu copilășul. În plus, ea îi oferă mamei o șansă de a se odihni. În același timp, tatăl își va dovedi capacitatea de a avea grijă singur de copil în lipsa mamei.

Îngrijirea nou-născutului, pas cu pas

- Deși este delicată și fragilă, pielea bebelușului îndeplinește o serie de roluri vitale. Prin intermediul pielii sale, nou-născutul învață multe despre mediul înconjurător, mai ales în prima săptămână de viață. Bebelușul simte durerea și învață câteva lecții importante, care îl vor ajuta să evite pericolele. În același timp, însă, el învață și despre senzațiile plăcute – căldură, catifelare și, mai presus de toate, contactul cu pielea mamei.
- Bebelușii se vor calma imediat ce simt atingerea mamei. Pielea prezintă o capacitate extraordinară de regenerare. Chiar și cele mai urâte tăieturi și zgârieturi pot să dispară fără urmă în câteva zile.
- Este foarte important să fie menținută o piele curată, întrucât aceasta va proteja organismul împotriva bolilor pe timpul procesului de creștere și adaptare la mediul înconjurător. Este foarte important să se formeze o rutină corectă a igienei copilășului. În acest scop, ar trebui să fie utilizate doar produse delicate, de bună calitate și care au un efect relaxant, de protecție asupra pielii, special concepute pentru sugari și copii mici.
- Pielea fină și sensibilă a nou-născutului trebuie să fie curățită bine, cu delicatețe și regularitate, în special în zonele anală și genitală. Trebuie de evitat utilizarea excesivă a produselor de îngrijire. Pielea se poate irita nu doar prin utilizarea unui anumit produs, dar și a concentrației sale. Iritațiile pot apărea și datorită băilor prea lungi sau prea dese, a temperaturii apei, a calității prosopului sau a buretelui utilizate la spălare. Este recomandabil de pudrat pielea și să o tratezi cu cremă și uleiuri atunci când este necesar. Excesul de pudră (mai ales dacă pielea nu s-a uscat perfect după băiere) poate duce la formarea de cruste sau granulații.

Nou-născutul la termen prezintă anumite particularități fiziologice, care, însă, se încadrează toate în limite de dezvoltare normală.

TEGUMENTE

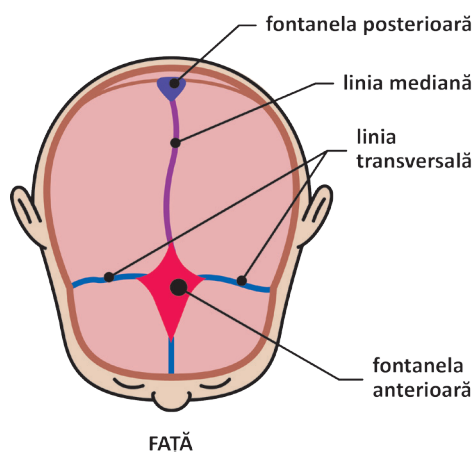
La naștere, nou-născutul la termen prezintă anumite particularități ale tegumentelor.

1. *Eritrodermia fiziologică* constă în colorația roșie a tegumentelor, care poate fi însoțită de o ușoară marmorare, o culoare albastruie a extremităților (denumită acrocianoză și care dispare după 1-2 săptămâni). Pe acest fond roșu, după aproximativ 48 de ore după naștere, poate să apară o colorație galbenă a pielii (icter neonatal fiziologic).
2. *Vernix caseosa*: la naștere, tegumentele sunt acoperite cu o substanță grasă, albicioasă, distribuită pe tot corpul, mai ales în pliuri. Această substanță oferă protecție chimică, mecanică și termică și nu se îndepărtează imediat după naștere.
3. *Lanugo* reprezintă pilozitatea fină care acoperă tot corpul, în special regiunea frontală, spatele.

Aceasta dispare treptat în 1-4 săptămâni de la naștere.

4. *Miliul facial* constă în mici puncte alb-gălbui, care sunt chisturi ale glandelor sebacee. Sunt localizate în special la nivelul aripilor nazale, pe frunte, pe bărbie și pe obraji. Dispar de la sine și nu necesită îngrijire.
5. *Hemangiomul macular*, cunoscut și sub denumirea de „mușcătură de barză”, apare cel mai frecvent în zona occipitală, la sprâncene și la glabelă și dispare treptat în cursul primului an de viață.
6. *Șanțurile palmo-plantare* apar în număr mare și sunt repartizate pe toată suprafața palmelor și a plantelor (tălpilor).
7. *Unghiile* degetelor de la mâini și picioare sunt la nivelul vârfurilor degetelor sau le depășesc.

Fontanelele



Fontanelele reprezintă zonele neosificate, situate la joncțiunea dintre oasele late ale craniului. Acestea au dimensiuni care variază între punctiforme și o suprafață maximă de 4 pe 4 cm. Fontanela anterioară este rotundă sau rombică, în timp ce fontanela posterioară are formă triunghiulară. În mod normal, fontanela este la același nivel cu partea osificată a craniului.

Situațiile care prezintă îngrijorare:

- Un nou-născut cu o fontanelă retrasă poate suferi de deshidratare. După alimentație, fontanela ar trebui să revină la normal.
- O fontanelă bombată apare în cazul în care crește presiunea intracraniană a nou-născutului. Această manifestare nu apare în mod normal și necesită întotdeauna consult medical!

Ochii

Ochii nou-născutului sunt de culoare albastruie sau gri. Până la vârsta de 6 luni nu au încă culoarea lor definitivă. Este, de asemenea, normală apariția strabismului intermitent (încrucișează ochii din când în când).

Creșterea mamelelor

Poate apărea atât la fete, cât și la băieți și se datorează transmiterii de hormoni materni prin intermediul placentei. Uneori pot secreta picături de lapte. Este un fenomen fiziologic tranzitoriu și normal. Nu trebuie să fie pipăite sau apăsate, pentru că se pot infecta. Copilul trebuie să fie consultat de medic în cazul în care ajung la o mărime considerabilă, sunt roșii și calde sau prezintă secreții.

Greutatea și lungimea

Greutatea și lungimea bebelușului la naștere este determinată atât de mărimea și gradul de maturitate al placentei, cât și de vârsta gestațională. Ulterior, creșterea este condiționată și de moștenirea primită genetic de la părinți. Nu există un șablon unic în ce privește creșterea în greutate și în lungime a nou-născutului. De regulă, bebelușul își recuperează greutatea cu care s-a născut după 10 sau 15 zile de viață.

Greutatea unui nou-născut poate varia pe parcursul unei zile, ca urmare a alăptării, scaunului sau urinării.

Crizele fiziologice ale nou-născutului

Scăderea fiziologică a greutății apare în zilele 3-4 după naștere din cauza aportului scăzut de hrană, a pierderilor de căldură, a eliminării de meconiu și urină și, nu în ultimul rând, din cauza stresului intra- și postnatal. Scăderea nu depășește în mod normal 10% din greutatea de la naștere și se recuperează în 7-10 zile. În cazul în care scăderea fiziologică nu se recuperează în primele 2 săptămâni, înseamnă că nou-născutul nu primește aportul necesar de alimente, care să asigure creșterea. De aceea, este foarte important controlul medical la vârsta de 2 săptămâni.

Icterul fiziologic apare întotdeauna între zilele 2-4 de viață (nu în primele 24 de ore postnatal). E cauzat de hemoliza intensă (descompunerea globulelor roșii, care în perioada intrauterină sunt în număr mai mare), de nivelul scăzut al proteinelor transportatoare și de metabolizarea hepatică insuficientă a bilirubinei.

Nou-născuții cu icter fiziologic nu prezintă o valoare a bilirubinei totale de peste 15 mg%. Acești nou-născuți au o stare generală bună, cresc în greutate și elimină urină și scaune cu aspect normal. Deoarece icterul cauzează somnolență, nou-născutul poate să adoarmă ușor la sân.

În cazul în care icterul apare în primele 24 de ore, înseamnă că valoarea bilirubinei totale depășește 20 mg% la nou-născutul la termen sau 15 mg% la prematur. În aceste cazuri este afectată starea generală a nou-născutului, iar acesta necesită investigații, pentru că nu mai e vorba de icter fiziologic.

La nou-născuții alimentați exclusiv la sân poate să apară fenomenul de icter prelungit, cauzat de inhibitorii din laptele matern. Aceștia cresc reabsorbția bilirubei din intestin și scad metabolismul hepatic. În astfel de cazuri, sugarul crește bine, are o stare generală bună, iar nivelul bilirubinei nu depășește pragurile amintite mai sus.

Eritemul alergic apare la majoritatea nou-născuților sub formă de erupții mici, roșii, unele cu vârf gălbui, de obicei din a 3-a – a 4-a zi de viață. Erupțiile de pe față pot apărea sub formă de placarde roșii, asociate cu secreții oculare și cu mărirea pleoapelor (edem palpebral). Apariția eritemului alergic se datorează alergenilor placentari (eliberați în cursul expulziei din vasele placentare rupte) și a contactului postnatal cu alți alergeni. Eritemul alergic nu necesită tratament, deoarece dispare spontan în câteva zile.

Febra de sete apare de obicei în a 3-a zi de viață, corespunzând punctului maxim al scăderii greutății. Se manifestă prin ascensiune bruscă a temperaturii până la 39°C și semne de deshidratare acută. Febra cedează la hidratare și/sau alimentare corectă, fără a fi nevoie de administrare de antitermice. Febra de sete poate fi agravată de accidentul supraîncălzirii, frecvent întâlnit la nou-născuți. În acest caz, pe lângă hidratarea corectă, este foarte importantă reglarea temperaturii ambientale până la un nivel optim, precum și dezbrăcarea copilului îmbrăcat excesiv.

Criza genitală apare la 3-4 zile după naștere sau cel mult până la vârsta de 3 săptămâni și este cauzată de trecerea hormonilor materni prin circulația placentară. Se manifestă prin tumefacția glandelor mamare atât la fete, cât și la băieți. La fete pot apărea secreții vaginale, care uneori pot fi însoțite și de hemoragii în cantitate mică, precum și tumefacția labiilor mari. La băieți poate apărea hidrocelul.

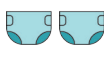
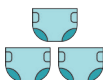
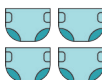
Scaunele de tranziție apar în zilele 3-5 după naștere, ca urmare a eliminării de meconiu. Nou-născutul produce 5-7 scaune verzui pe zi, uneori însoțite de mucus. Astfel de scaune sunt absolut normale și nu necesită tratament.

Scaunele

La un bebeluș care, în a patra sau a cincea zi, continuă să elimine meconiu sau scaune de tranziție și nu ia în greutate, este necesar să se „urmărească” tehnica de alăptare maternă.

Numărul de scaune pe zi este foarte variabil la nou-născuți. Poate ajunge de la unul după fiecare ședință de alăptare, până la un scaun la două sau trei zile. În general, copiii alimentați la piept au scaune mai des și acestea sunt mai moi decât la cei alimentați cu biberon (vezi *Frecvența scaunelor și micțiunilor la sugar în prima lună de viață*).

Frecvența scaunelor și micțiunilor la sugar în prima lună de viață

Vârsta sugarului	Prima săptămână							A doua săpt.	A treia săpt.
	1 zi	2 zi	3 zi	4 zi	5 zi	6 zi	7 zi		
Cât de des trebuie să fie alăptat?	De fiecare dată când bebelușul cere (în medie de 8 ori pe zi, la fiecare 1-3 ore) Bebelușul sugă puternic, constant și înghite des, de cele mai multe ori adoarme la sân								
Stomacul bebelușului	 Dimensiunea unei cireșe		 Dimensiunea unei nuci		 Dimensiunea unei piersici		 Dimensiunea unui ou		
Scutece umede	 Cel puțin 1 scutece	 Cel puțin 2 scutece	 Cel puțin 3 scutece	 Cel puțin 4 scutece	 Cel puțin 6 scutece				
Scaunul bebelușului	 Cel puțin 2 scutece. Scaun negru sau verde închis		 Cel puțin 3 scutece. Scaun maroniu, verde sau galben		 Cel puțin 3 scutece. Scaunul moale, galben auriu cu mici particule albe				

Tipurile de scaune

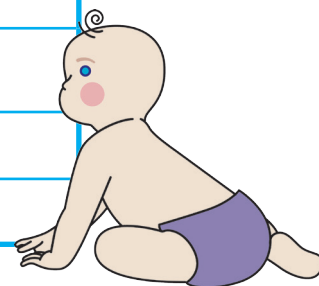
Tipul 1		Bobițe tari, separate, în formă de mazăre	Scaun în timpul constipației
Tipul 2		În formă de cârnaț, dar cu cocoloașe	
Tipul 3		În formă de cârnaț, dar care prezintă crăpături la suprafață	
Tipul 4		În formă de cârnaț sau șarpe, moale și cu aspect neted	Scaun optim
Tipul 5		Biluțe moi cu margini netede	
Tipul 6		Bucăți mici pufoase cu margini neregulate, cu aspect de terci	
Tipul 7		În întregime lichid, fără particule solide	Scaun prea lichid

Micțiunea

După prima micțiune bebelușul poate să stea 24 de ore fără să urineze. După această perioadă, nou-născutul trebuie să păteze frecvent scutecele cu urină limpede și inodoră (mai ales dacă este alimentat exclusiv cu lapte matern). De asemenea, frecvent se pot observa pete de culoare roșie/roz pe scutec, în locul unde a urinat, dar nu este semn de îngrijorare; aceasta se datorează eliminării uraților, și nu a sângelui. În mod normal, dispar între 3 și 7 zile de viață.

Frecvența micțiunilor și culoarea urinei conform vârstei

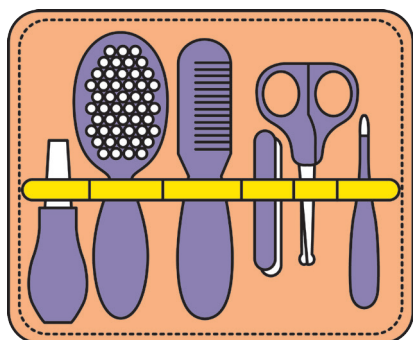
Vârsta	Frecvența	Culoarea
I zi	Odată în 24 de ore	Roșu-portocaliu
II zi	2 scutece umede	Portocaliu pal/roz
III zi	3 scutece umede	Galben-portocaliu
IV zi	4 scutece umede	Galben-lămâie
V zi	6-8 scutece umede (vezica urinară nedezvoltată)	Galben pal
6 luni	De 4-5 ori (când începe alimente solide)	Galben pal
1 an	De 3-4 ori	Galben pal
2 ani	(vezica urinară se dezvoltă)	Galben pal



IGIENA COPILULUI

Bebelușii au nevoie de o igienă riguroasă, deoarece sistemul lor imunitar nu este încă pregătit să facă față „agresiunilor” microbilor din mediul înconjurător. Pielea este „poarta de intrare” pentru un număr mare de microbi, însă putem preveni infecțiile menținând pielea curată și fără iritații sau alte eroziuni. Nou-născutul are nevoie zilnic de cel puțin o baie (seara) și de o toaletă riguroasă dimineața (se curăță ochii, nasul, gura și urechile).

Strictul necesar pentru igiena copilului:



Sănătate	Comprese sterile
	Ser fiziologic
	Dezinfectant local
Igienă	Scutece de unică folosință
	Șampon special pentru bebeluși
	Cremă pentru prevenirea iritațiilor
	Sterilizator
Confort	Pătuț
	Saltea
	Așternuturi
	Pernă de bebeluș
	Pilotă de vară/de iarnă

Îmbrăcăminte	Body-uri cu mânecă lungă
	Body-uri cu mânecă scurtă
	Pantaloni
	Ciorapi

Reguli de bază de igienă a sugarului

- Învățați mama sau îngrijitorul întotdeauna să se spele pe mâini înainte și după ce a îmbăiat bebelușul.
- Învățați mama sau îngrijitorul să spele și să dezinfecteze cu regularitate materialele de pe suportul de schimbat, suprafețele și vesela utilizate în îngrijirea bebelușului.
- Învățați mama sau îngrijitorul să utilizeze un tampon de vată pentru a curăța fața copilului. Pentru curățarea zonelor care vin în contact cu scutecul pot fi folosite șervețele umede. Dacă și-a murdărit mâinile în timp ce a fost schimbat scutecul, învățați mama sau îngrijitorul să se spele pe mâini înainte de a aplica crema pe funduleț. Spălați-vă pe mâini și înainte de a hrăni bebelușul.

Curățarea bebelușului se recomandă să aibă loc zilnic, pentru a menține starea lui de confort și sănătate. Hainele bebelușului trebuie scoase de sus în jos, până la maiou și scutec. El trebuie așezat pe suportul de schimbat. Cu un tampon curat de vată, umezit și stors în vasul pregătit și verificat în prealabil pentru temperatura apei, se curăță cu delicatețe fața bebelușului, îndepărtând murdăria, urmele de lapte și saliva. Mișcările trebuie să fie delicate și încete.

Igiena feței, gâtului, ombilicului, organelor genitale

Aceste părți ale corpului trebuie spălate cât mai des și cât mai bine. Toaleta intimă trebuie să fie o procedură obligatorie, dimineața și seara.

Urechile, nasul, ochii

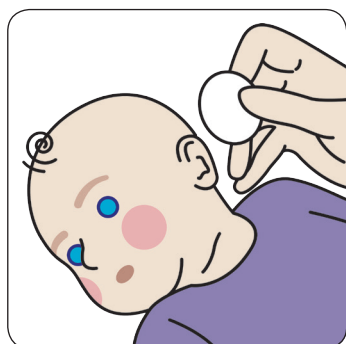
Orificiile naturale trebuie curățate și îngrijite cu atenție.



Toaleta ochilor

Toaleta oculară. Ochișorii trebuie curățați cu comprese sterile și ser fiziologic sau cu apă fiartă, caldă. Fiecare ochi va fi spălat de la tâmpile spre nas și cu tifoane separate, pentru a evita transmiterea infecțiilor de la un ochi la altul.

Dacă se observă o secreție conjunctivală persistentă de culoare galbenă sau galben-verzuie, trebuie de consultat medicul!



Toaleta urechii

Toaleta urechilor. Este necesar de evitat curățarea în adâncime a urechilor și nasului cu bețișoare de vată. Urechile copiilor produc ceară în cantități mai abundente decât adulții. Ceara din urechi are rol de protecție și antiseptic și nu trebuie îndepărtată decât cea care se exteriorizează și poate fi văzută în conductul extern.

Toaleta urechilor constă în ștergerea pavilionului și a conductului auditiv extern cu o cârpă moale sau cu colțul prosopului. Învățați mama să ștergă și să curețe curbura urechii și în spatele acesteia, astfel încât să nu rămână umedă.

Nu se folosesc bețișoare de urechi! Capul nou-născutului nu trebuie băgat în apă, ci sprijinit pe antebrațul mamei în timpul băii, ca să nu ajungă apă în conductul auditiv extern.

Toaleta nazală se face pentru a avea o respirație liberă și pentru ca bebelușul să se simtă bine. După îmbăiere, năsul trebuie curățat și se face cu ser fiziologic ce se picură în fiecare nară și apoi se curăță secrețiile cu câte un bețișor cu opritor, care se introduce delicat doar la nivelul nărilor și se răsuște pentru a „agăța” secrețiile.

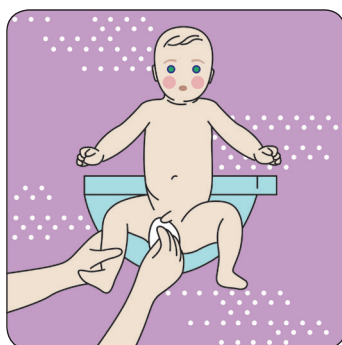
Dacă îi curge nasul, învățați mama să îl curețe cu lichid fiziologic. Nu se recomandă pompa nazală la copiii sub un an, întrucât îi ia prin surprindere și îi sperie. Învățați mama să se spele obligator pe mâini înainte de a atinge bebelușul. El poate strănuta sau tuși, ca să „curețe” nasul, nu neapărat ca semn de răceală.

Toaleta gurii se face prin ștergere cel puțin o dată pe zi cu glicerină (simplă, nu boraxată) pusă pe o compresă sterilă, cu care se șterg gingiile, limba și partea internă a obrajilor.

Toaleta zonei inghinale se face din față spre spate, pentru a preveni infecțiile, indiferent dacă folosim șervețele umede sau dacă spălăm cu apă sugarul. După toaleta locală, se aplică un strat generos de cremă protectoare în zona inghinală, pentru a preveni iritațiile.



Toaleta zonei inghinale



Aplicarea de cremă e obligatorie la fiecare schimb al sugarului mic, și mai rar, de circa 3 ori pe zi, la sugarul mai mare de 3-4 luni! Pentru prevenirea iritațiilor din zona inghinală (dermatita de scutece) se găsesc foarte multe creme pe piață. Important este să fie destinate sugarilor și îngrijirii zonei inghinale: creme cu gălbenele, creme cu oxid de zinc etc.

Schimbarea scutecului

Sugarul se schimbă înainte de fiecare masă, adică de circa 5-7 ori pe zi, la un interval de 3-4 ore. Înainte de a atinge sugarul, fie că doar i se schimbă scutecele, trebuie neapărat de spălat pe mâini. Schimbarea scutecei se face pe masa de înfășat, unde sunt pregătite din timp toate cele necesare schimbării (scutece, prosoape, creme, eventual șervețele umede). Pe masa de înfășat poate fi așezată o saltea subțire, impermeabilă.



Schimbarea scutecului

Astăzi există pe piață atât scutece de unică folosință, cât și scutece din pânză (clasice). Scutecele de unică folosință au numeroase avantaje, dintre care cel mai important e că absorb urina și materiile fecale mult mai bine și mai rapid decât scutecele din pânză. Astfel, bebelușul e mai puțin expus la iritațiile cauzate de amoniacul din urină și flora bacteriană din scaun.

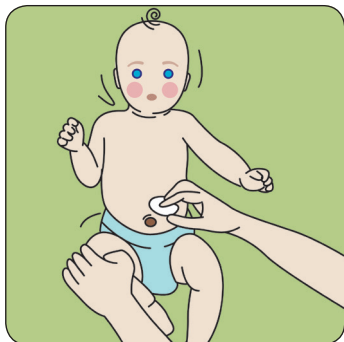
Scutecele de unică folosință se aruncă după utilizare într-un coș cu capac, special destinat scutecei. Scutecele din pânză se spală în mașina de spălat, la temperaturi ridicate (de peste 60 de grade) și se calcă.

Dacă sugarul a avut scaun, la fiecare schimb acesta trebuie spălat cu apă și săpun. În cazul în care nu a avut scaun, iar în scutece e doar urină, sugarul poate fi spălat doar cu apă caldă sau se pot folosi șervețele umede.

Toaleta unghiilor. Nou-născuții la termen se nasc de obicei cu unghiile lungi. Unghiile cresc repede la sugari și sunt moi, de aceea se recomandă tăierea lor o dată pe săptămână. Unghiile lungi zgârie

și se pot rupe.

Este de recomandat să se taie unghiile în somn, folosindu-se o foarfecă cu vârf rotunjit. Unghiile de la mâini se taie rotund, iar cele de la picioare se taie drept.



Tualeta bontului ombilical

Toaleta bontului ombilical se face zilnic, de cel puțin două ori pe zi, până se desprinde bontul uscat. Se realizează cu comprese sterile, alcool alb de 70 de grade sau soluție de Betadină.

Este foarte important ca zona ombilicului să fie păstrată uscată și neacoperită de scutec. În primele zile, ombilicul se protejează cu o compresă sterilă aplicată peste bont.

Când bontul se usucă și cade, zona poate fi lăsată și fără compresă. Igiena deficitară poate conduce la complicații cum ar fi omfalita – iritația zonei din jurul buricului, care se înroșește și secretă puroi. O astfel de complicație necesită obligatoriu consult medical!

Baia

Înainte de a face baie copilului, învățați mama să verifice mai întâi temperatura aerului din încăperea cu un termometru procurat în acest scop. Ea trebuie să fie de cel puțin 25°C.

Temperatura apei în baie va fi de 37°C, iar pentru copii născuți prematur – de 38°C. Apa se încearcă cu cotul sau folosind un termometru de apă.

Îmbăierea face parte din grija zilnică și crește rezistența la frig și la boli. Mulți bebeluși sunt îndrăgostiți de apă. Ei se calmează, se relaxează și le place să se joace în apă, întrucât le amintește viața din uterul mamei. Îmbăierea este un eveniment cotidian pentru bebeluș.

Până la vârsta de 6 luni copilul trebuie scăldat zilnic, iar mai târziu – de 2-3 ori pe săptămână, de preferat înainte de ultima masă a zilei. Durata unei băițe nu ar trebui să depășească 5-7 minute.

Până la desprinderea cordonului ombilical nou-născutul trebuie spălat în următoarea poziție:

- Învățați mama să țină copilul deasupra cotului propriu, acoperindu-i buricul cu un scutec, apoi să toarne apa sau să folosească apa din albie.
- Învățați mama sau îngrijitorul să susțină capul copilului până când și-l poate susține singur.
- Învățați mama sau îngrijitorul să plaseze un scutec sau un șervețel pe fundul albiei, ca să nu alunece copilul în apă.

Apa trebuie să fie caldă și să aibă o adâncime de 10 cm. Învățați mama sau îngrijitorul să verifice cu mâna sau cu termometru temperatura apei. Nu se mai adăugă apă când bebelușul se află în albie. El trebuie așezat în albie încet, mai întâi cu picioarele, pentru a se obișnui cu apa.

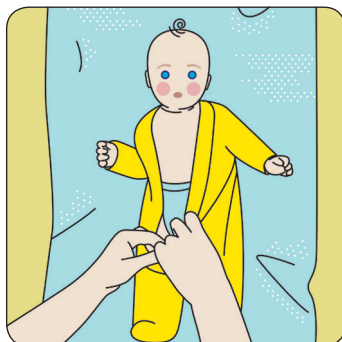
Trebuie de acordat atenție atunci când el este întors, întrucât corpul său alunecă de la săpun. Copilașul trebuie să fie în cădiță în poziție semișezândă, sprijinit de mâna mamei sau îngrijitorului.

Învățați mama sau îngrijitorul să țină bine copilul în palme, pentru ca să nu alunece. Din această poziție, copilul este spălat pe față, pe cap și pe partea anterioară a corpului. Pentru a-l spăla pe spate, copilul trebuie întors încet, cu pieptul pe mâna mamei sau îngrijitorului.

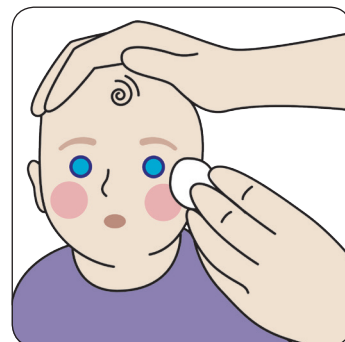
Pregătirea pentru baie



1. Se toarnă apă rece, se adaugă apă fierbinte, spumă pentru baie. Controlul temperaturii apei se face cu cotul: apa trebuie să fie caldă



2. Se așterne pe covoraș un prosop și se dezbracă copilul până la scutec



3. Se înfașă copilul cu prosopul, cu un tampon de vată umedă se șterg ochii și fața

Sfaturi:

- Învățați mama sau îngrijitorul să înceapă prin spălarea celei mai curate părți a corpului (fața, părul), apoi pieptul, mânuțele, restul corpului și zona perineală.
- Baia ajută pielea bebelușului să respire, iar el devine, de obicei, somnoros după aceea.
- Copilul trebuie spălat cu un săpun special pentru nou-născuți sau cu gel de baie și șampon pentru sugari, cu un nivel neutru al pH-ului. Este necesar de evitat spuma și mirosurile puternice. Învățați mama sau îngrijitorul să nu să teamă să spele copilul pe cap. Bebelușii „învăță” cum să reacționeze, cum să respire și se obișnuiesc cu senzația pe care o dă apa cu săpun. Dacă sugarului nu-i place spălutul pe cap, atunci el trebuie curățat cu un prosopel umed și se încearcă din nou după alte 2 sau 3 zile.
- Fetițelor li se spală părțile genitale cu apă caldă și săpun, ținând cont că această zonă dispune de propriul său sistem natural de apărare.
- Învățați mama sau îngrijitorul să nu tragă băiețelilor membrana prepuțului decât atunci când este nevoie să fie spălat cu delicatețe organul. Există situații normale, când ea rămâne lipită de vârful până la vârsta de doi ani, după care se detașează spontan.
- Îmbăierea copilului se efectuează prin mișcări calme și sigure. Învățați mama sau îngrijitorul să acorde atenție sporită capului copilului, în special până când el și-l poate singur ține drept. După băiță copilul este uscat cu un prosopel moale, întrucât umezeala poate să-i irite pielea. Învățați mama sau îngrijitorul să ștergă sugarul întotdeauna din față spre spate, mai ales dacă este fetiță, începând din zona organelor genitale înspre partea dorsală.

SFATURI: În cădița trebuie așezat un prosopel, pentru a evita alunecarea. Pe măsură ce copilul crește și devine mai puternic, mama sau îngrijitorul trebuie să fie atenți ca copilul să nu alunece în albie și să nu intre în contact cu apa fierbinte sau cu încălzitorul.

RITMUL CIRCADIAN ÎN PRIMA LUNĂ DE VIAȚĂ

Un nou-născut doarme în medie 18, până la 20, din 24 de ore. Numărul de ore pe care un sugar le petrece dormind scade destul de rapid de la o lună la alta, astfel încât la 4-5 luni acesta doarme 16-17 ore, iar la 9-12 luni 14-15 ore.

În prima lună de viață, majoritatea sugarilor se trezesc de mai mult de 3 ori pe noapte pentru a

mânca. Odată ce sugarul crește, crește și durata somnului de noapte și scad orele de somn în timpul zilei.

În prima lună de viață și mai ales dacă copilul s-a născut prematur sau cu o greutate mai mică la naștere, este important ca el să se hrănească și în timpul nopții, la un interval nu mai mare de 4 ore între mese. De aceea, dacă bebelușii născuți prematur sau cu o greutate mai mică decât cea normală dorm profund, este indicat să fie treziți de două ori pe noapte.

În cazul în care copilul crește conform așteptărilor, după prima lună de viață va fi lăsat să doarmă în timpul nopții și nu va fi trezit pentru alimentație, decât dacă se trezește singur.

Somnul bebelușului



Unde?

Este de preferat ca sugarul să doarmă în patul lui de la bun început, dar în aceeași cameră cu mama în prima lună de viață.

Cum?

În primele săptămâni de viață, copilul trebuie culcat pe o parte, ca să nu existe riscul să își aspire propriile secreții în caz de regurgitații mai abundente. După vârsta de o lună, bebelușul poate fi culcat pe spate.

Sugarul mic nu trebuie culcat niciodată pe burtă pentru somnul de noapte. Poate să stea pe burtă în timpul zilei, dar numai după ce a învățat să-și susțină singur capul, sub supravegherea mamei.

Programul orelor de somn

Vârsta	Durata de somn în 24 de ore	Somn diurn	Somn nocturn
1 lună	16 ore	8 ore	8 ore
3 luni	15 ore	5 ore	10 ore
6 luni	14 ore	2-3 ore	11-12 ore
12 luni	13 ore și jumătate	2 ore și jumătate	11 ore
2 ani	13 ore	2 ore	11 ore
3 ani	12 ore	2 ore	12 ore

NOTĂ: Orele reprezintă mediile necesarului de somn stabilite de Organizația Mondială a Sănătății. Explicați mamei sau îngrijitorului că nu este motiv de îngrijorare dacă copilul doarme mai mult sau mai puțin decât duratele menționate în tabel. Important este ca micuțul să nu pară obosit în timpul zilei, să fie sănătos și binedispus.

CAMERA BEBELUȘULUI

Condițiile de locuit reprezintă un capitol important în ceea ce privește îngrijirea nou-născutului. Există câteva reguli care trebuie respectate, pentru a oferi nou-născutului condiții optime.

E de preferat ca bebelușul să aibă cameră separată, dar mama să doarmă cu el în primele săptămâni. Este important ca încăperea să fie luminoasă și ușor de aerisit, amenajată cu mobilier special pentru copii, nu foarte aglomerată și prevăzută cu parchet pe podea.

Nu se recomandă amenajarea camerei copilului cu mochetă, pentru că aceasta reține foarte

mult praf și acarieni, chiar și în cazul în care este aspirată zilnic. Se recomandă ca nou-născutul să doarmă în propriul pat încă din primele zile. Patul trebuie să aibă grilaje și să fie prevăzut cu o saltea specială pentru copii.

Atenție: este bine să evitați pernele și păturile groase, precum și jucăriile mari din pluș în patul copilului, deoarece acestea prezintă risc de sufocare!

Este bine ca patul să fie amplasat într-un colț sigur, fără curenți de aer, la o distanță apreciabilă de sistemul de încălzire sau de aer condiționat.

Atenție: patul nu trebuie să fie poziționat sub rafturi, perdele, oglinzi, tablouri etc. Pe lângă pat, este importantă și masa de înfășat, care ar fi bine să fie situată în camera copilului, nu la baie.

Masa trebuie amplasată într-un loc în care bebelușul poate fi dezbrăcat înainte de toaleta zilnică. Camera copilului trebuie să beneficieze de curățenie zilnică, pentru a evita depunerea de praf, și trebuie aerisită de mai multe ori pe zi.

Atenție: ferestrele din camera copilului trebuie prevăzute cu plasă pentru țânțari! Vara, este necesar de evitat supraîncălzirea camerei. În cazul în care există un sistem de aer condiționat în casă, acesta trebuie să poată răci și camera copilului, însă fără să fie îndreptat direct către copil!

Iarna și în caz de temperaturi sub -10°C camera copilului trebuie aerisită timp de 10-15 minute, de mai multe ori pe zi. În timpul aerisirii, copilul trebuie să stea într-o altă încăpere.

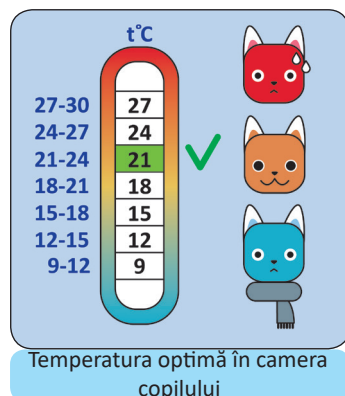


Fumatul în casa în care locuiește un nou-născut crește mult riscul de **MOARTE SUBITĂ** a acestuia!

Temperatura optimă a camerei

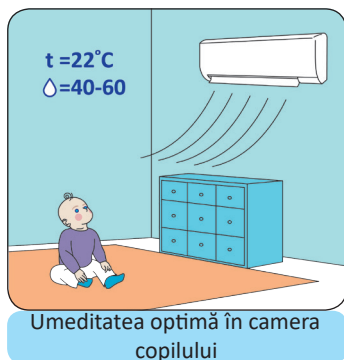
Pentru nou-născuți și sugarii mici, temperatura ideală este între 22 și 24°C , iar pentru copilul mai mare – între 18 și 22°C .

Sunt de evitat extremele, adică temperaturile sub 16°C și cele peste $25-27^{\circ}\text{C}$, întrucât ambele categorii cresc riscul de îmbolnăvire a copilului. Umiditatea camerei este la fel de importantă ca și temperatura.



O cameră supraîncălzită, cu aer uscat facilitează uscarea mucoasei nazale la bebeluș. Pe de altă parte, o umiditate crescută, de peste 70%, este la fel de greu de suportat pentru bebeluș. Umiditatea ideală este de 50%. Iarna se pot folosi recipiente cu apă pe radiatoare sau umidificatoare de aer, pentru a crește umiditatea aerului în încăpere.

Un accident frecvent întâlnit la nou-născuți și sugarii mici, care dispun de capacități reduse de termoreglare, este supraîncălzirea. Ea se produce din cauza temperaturii ridicate a mediului înconjurător și poate fi favorizată în situațiile în care sugarul e îmbrăcat necorespunzător, adică excesiv, și în cazul unei hidratări insuficiente. Se întâmplă cel mai adesea în următoarele situații:



- În perioada caniculară;
- În timpul plimbărilor în plin soare, când sugarul e lăsat cu capul neacoperit;
- Când sugarul e lăsat în mașină cu geamurile închise;
- Când patul copilului e așezat lângă sursa de căldură din cameră;
- Când camera e supraîncălzită cu calorifer sau sobă în sezonul rece și este neaerisită.

Supraîncălzirea se manifestă prin: febră 39-40°C, tegumente congestionate (roșii), calde și transpirate, agitație (care accentuează creșterea temperaturii) și sete intensă, însoțită adeseori de refuzul alimentației. Dacă nu se intervine pentru scăderea temperaturii, în stadiile avansate apar semne de deshidratare acută, somnolență, eventual convulsii și tulburări ale cunoștinței și se poate ajunge până la comă.

Pentru a preveni supraîncălzirea, trebuie evitate situațiile în care aceasta se poate produce. Sugarul trebuie îmbrăcat corespunzător temperaturii ambientale, trebuie hidratat corect și protejat de soare în sezonul cald.

Ce e de făcut în cazul supraîncălzirii sugarului?

- Sugarul trebuie mutat într-o cameră răcoroasă;
- Sugarul trebuie dezbrăcat, iar apoi trebuie să i se administreze o baie hipotermizantă (33- 34°C);
- În cazul în care prezintă stare febrilă, sugarului i se pot administra antipiretice;
- Sugarul trebuie hidratat fie cu apă, fie prin alăptarea la sân;
- Dacă prezintă semne de deshidratare acută (piele uscată, buze uscate, fontanela anterioară deprimată, febră, micțiuni rare, somnolență), sugarul trebuie transportat la spital.

Termoreglarea la nou-născut

Nou-născuții nu sunt capabili să mențină o temperatură corporală constantă și prezintă, în consecință, o labilitate termică pronunțată. Aceasta e cauzată de dezechilibrul între termogeneză (producerea de temperatură) și termoliză (pierderea de temperatură). Termogeneza nou-născutului este scăzută, iar termoliza este de aproximativ 4 ori mai mare decât la adult, pentru că suprafața corporală mare favorizează pierderile de căldură. Este foarte importantă menținerea unei temperaturi medii între 22-24° C în camera copilului.

În mod normal, nou-născuții au mâinile și picioarele mai reci din cauza circulației periferice mai slabe la această vârstă. Însă asta nu înseamnă că le este neapărat frig. Ca să fim siguri că nou-născutul se simte confortabil și are temperatura corporală normală, putem să verificăm prin palparea toracelui și a spatelui copilului. În cazul în care sugarul pare prea cald, trebuie să i se măsoare temperatura, neapărat intrarectal, cu termometru digital. Temperatura corporală normală a unui nou-născut are valori cuprinse între 36 și 37,5°C. Febra apare când temperatura intrarectală este mai mare de 38°C.

Nivelul de temperatură



	Intervale de temperatură			
	oral/axial	ureche/ frunte	rectal	
Temperatură scăzută	<35.8	<35.7	<36.2	De repetat măsurarea
Temperatură normală	35.9-37.0	35.8-36.9	36.3-37.5	Condiție perfect normală
Temperatură ridicată	37.1-37.5	37.0-37.5	37.6-38.0	Se recomandă odihnă
Febră ușoară	37.6-38.0	37.6-38.0	38.1-38.5	Verificarea temperaturii regulat și odihnă
Febră moderată	38.1-38.5	38.1-38.5	38.6-39.0	Verificarea temperaturii regulat și consultarea medicului dacă febra persistă mai mult de 3 zile
Febră ridicată	38.6-39.5	38.6-39.4	39.1-39.9	Consultarea medicului, mai ales dacă febra persistă mai mult de o zi
Febră foarte mare	39.6-42.0	39.5-42.0	40.0-42.5	Copilul trebuie să fie consultat de medic în mod urgent!

Îmbrăcămintea bebelușului

Hainele destinate bebelușilor trebuie să fie moi, confortabile, ușor de îmbrăcat și neapărat din bumbac. În primele luni de viață se recomandă folosirea body-ului cu mânecă scurtă sau lungă. Având în vedere că nou-născutul doarme aproape toată ziua, îmbrăcămintea ideală pentru el este pijama din bumbac cu mânecă lungă iarna și cu mânecă scurtă vara. Hainele care se îmbracă peste cap trebuie evitate.

Cum se îmbracă body-ul sau cămășuța?

Sugarul stă culcat pe spate. Se rulează mâneca, se introduc 3 degete de la mâna stângă a copilului prin mânecă și se prinde mâna copilului. Cu mâna dreaptă se derulează mâneca, se întoarce copilul în decubit lateral, se așează body-ul pe spate, se întoarce din nou copilul pe spate și se îmbracă și cea de-a doua mânecă.

Peste body se poate îmbrăca un pantalonăș, dar atenție ca acesta să nu fie cu elastic prea strâns! În casă nu este recomandată folosirea căciulițelor. În picioare, bebelușul poate purta botoșei din bumbac. Pentru dormit se recomandă sacii de dormit, diferiți pentru anotimpurile calde și reci.

Cât de gros trebuie îmbrăcat bebelușul?

În perioada toamnă-iarnă-primăvară, bebelușul trebuie să poarte un strat de haine în plus față de câte poartă mama.

Când trebuie scos copilul din casă?

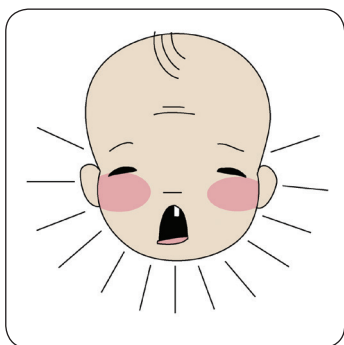
Acomodarea la aerul din exterior se face treptat. Pentru un nou-născut, frigul excesiv și căldura excesivă sunt la fel de dăunătoare, deoarece copiii foarte mici nu-și pot regla ușor temperatura corporală și se adaptează greu la variațiile de temperatură. De la vârsta de 10 zile, copilul poate fi ținut la aer, lângă geamul deschis. Timpul petrecut la aer va crește treptat de la 5 la 10-15-30 de minute.

La vârsta de 2 săptămâni, copilul poate fi scos din casă. La început poate fi dus la plimbări scurte, de câte 15 minute. Treptat, timpul va crește la câte 30 de minute, ajungând în 4-5 zile la plimbări de câte o oră, în zilele cu vreme bună.

În prima lună de viață nu e recomandat să ținem copilul afară mai multe ore la rând, nici dacă temperatura este ideală, cum e, de exemplu, la început de vară. Sunt de evitat plimbările pe bulevarde aglomerate cu multe mașini sau prin centre comerciale.

La fel, se recomandă evitarea temperaturilor extreme. Vara, copilul poate fi scos din casă dimineața, până la ora 11 și seara după 19-20, când canicula nu mai e insuportabilă. Copilul nu trebuie să fie plimbat prin ploaie, vânt, ceață, ninsoare abundentă sau la temperaturi mai mici de minus 10 grade.

PLÂNSUL



Este mijlocul prin care nou-născuții transmit ceea ce li se întâmplă, care poate fi la nivel fizic sau emoțional, și pentru care au nevoie de un răspuns.

Prin plâns, bebelușul exprimă ceea ce simte; aceasta poate fi foame, căldură sau frig, oboseală, gaze, durere, incomoditate din cauza scutecului murdar, haine prea strâmte, ca urmare a frecării cu un obiect, necesitatea contactului fizic cu părinții săi sau, pur și simplu, pentru că simte nevoia să fie răsfățat. Nu există plâns fără motiv; este forma de a reclama mai multă mâncare sau îngrijiri.

Când plânge un bebeluș, nu o face din capriciu. El trebuie luat în brațe cât mai repede. Copiii cărora la naștere li se permite contactul piele la piele cu mamele lor, în primele 90 de minute de viață, plâng mai rar și pe timp mai scurt decât cei care au fost separați de ele.

A ține bebelușul în brațe nu înseamnă a-l răsfăța; din contra, crește încrederea în părinții săi, se relaxează și învață forme de comunicare.

Mulți bebeluși se relaxează dacă mamele lor îi poartă legați de corp cu un port-bebe sau o fâșie de pânză. Această practică nu dăunează bebelușului și îi permite mamei mai multă mișcare. Anumite practici obișnuite, cum ar fi alimentarea cu suplimente de lapte, ceaiuri de plante (unele din ele foarte toxice, ca „anasonul în stea”) sau zgâlțâirea bruscă a bebelușului sunt dăunătoare și trebuie evitate.

Colicile abdominale ale sugarului

Colicile apar frecvent la sugarii sănătoși sub forma unor dureri colicative intestinale, de intensitate și durată variabilă. De obicei, durează 1-3 ore și sunt însoțite de iritabilitate și plâns inconsolabil. Sugarul se încordează, își freacă călcâiele, strânge picioarele la burtică și uneori poate avea burta mai tare. Pentru a depista colicile, se aplică regula lui 3:

- De obicei, apar între vârsta de 3 săptămâni și 3 luni.
- Sugarul plânge mai mult de 3 ore pe zi, minim 3 zile pe săptămână, minim 3 săptămâni.

Aproape toți copiii au colici abdominale, dar acestea se manifestă diferit de la un copil la altul. Încă nu se știe exact ce determină colicile, dar au fost identificați câțiva posibili factori favorizanți: tehnici incorecte de alimentație, dezechilibre hormonale ale sugarului, colonizarea intestinală cu bacterii bune (dezvoltarea florei intestinale), fumatul mamei în timpul și după sarcină, relația inadecvată între mamă și copil sau suprasolicitarea copilului, care astfel devine nervos și iritabil, ceea ce poate afecta și funcția digestivă.

Deși colicile par niște manifestări benigne, plânsul copilului, neputința părintelui și stresul că sugarul poate avea vreo afecțiune duc adesea la vizite frecvente la medic.

De cele mai multe ori, crizele de colici apar în aceeași perioadă a zilei – de regulă, seara, putând fi explicate prin oboseala sugarului.

Colicile apar atât la copii alimentați natural, cât și la cei care mănâncă lapte praf, deci cauzele alimentare nu pot fi determinate cu exactitate. Însă anumite alimente consumate în exces de mamă, cum ar fi mai mult de 500 ml de lapte de vacă pe zi, pot cauza dureri abdominale colicative. Acestea, însă, se asociază de regulă și cu un scaun schimbat (mai acid, mai exploziv, eventual cu firișoare de sânge – suspecție de intoleranță la proteinele din laptele de vacă).

Colicile pot apărea în cazul sugarilor care mănâncă mult la o masă și pot fi însoțite și de regurgitații, datorită distensiei abdominale. O altă cauză destul de frecventă e înghițirea aerului din cauza tehnicii greșite de alimentație, care apare și la sân, și la biberon.

Râgâielile și expulzarea gazelor

Când bebelușul este alăptat, sugere suzeta sau plânge, înghite aer care îi poate provoca dureri de burtă. Următoarele sfaturi pot ajuta să fie evitate și ameliorate:

- Este necesar de scos aerul după fiecare ședință de alăptare. Pentru aceasta, pune-l în poziție vertical pe umărul tău sau așezat pe picioarele mamei, timp de câteva minute, pentru a înlesni râgâitul.
- În primele luni de viață, râgâitul poate fi însoțit uneori de regurgitări (mici vome). Nu au nici o importanță și nu afectează creșterea în greutate.
- Nu trebuie lăsat să plângă mult timp (când plânge, înghite aer).
- Nu trebuie să ajungă prea înfometat la ședința de alăptare (va sugere cu anxietate și va înghiți mult aer).
- Nu trebuie de-i oferit suzeta.
- Nu trebuie de-i oferit ceaiuri de plante sau medicamente fără să ia legătura cu medicul.
- Dacă iese o cantitate mare de lapte, de evitat ca bebelușul să înghită prea repede, ceea ce l-ar face să înghită prea mult aer.
- Pentru a-i ameliora disconfortul, se poate încerca de a-i face exerciții tip bicicletă, masaj abdominal ușor și circulare, în sensul acelor de ceas.

Stomatita candidozică (muguetul) apare frecvent la nou-născuți și este caracterizată de apariția unor leziuni albicioase. Se formează pe mucoasa bucală roșie și sunt inițial punctiforme. Acestea se pot transforma în depozite albe, care afectează în mod special limba.

Este foarte importantă igiena corectă a cavității bucale, hidratarea frecventă a nou-născuților, igiena sânilor și sterilizarea biberoanelor.

Crustele de lapte (cruste seboreice)

Pielea capului produce o secreție grasă (sebum), care se depune în special în regiunea fontanelei anterioare, pe sprâncene sau în spatele urechii, formând cruste alb-gălbui. În cazul în care producția sebumului este foarte abundentă, se poate forma un strat gros, aderent de pielea capului.

Crustele fine se pot îndepărta la baie prin spălarea capului și după uscare prin periaj cu o perie fină. În cazul în care se formează un strat gros, se aplică înainte de baie unguent cu vaselină de 3-4 ori pe săptămână, care se îndepărtează prin spălare aproximativ după 10-15 minute de acțiune.

Granulomul ombilical

Este o formațiune tumorală, neepitelizată, care reprezintă exces de țesut de granulație și devine vizibilă după desprinderea bontului ombilical.

Suzeta

La copiii alăptați, nu se recomandă folosirea suzetei în primele săptămâni, până ce alăptarea este bine stabilită. Diferențele între cele două feluri de sucțiune pot dezorienta bebelușul la forma de a suge. Aceasta este una din cauzele ratării alăptării materne.

Folosirea ei ulterioară nu este nici ea inofensivă, deoarece favorizează formarea cariilor, a ocluziei dentare (poziție anormală a dinților) și a otitei medii acute și recurente, care sunt mai frecvente ca urmare a folosirii suzetei.

Dacă, în ciuda acestora, mama sau îngrijitorul decide să i-o dea, trebuie să fie pe timp cât mai scurt și să fie retrasă înainte de a împlini un an și jumătate. Pentru siguranță, suzeta trebuie să fie dintr-o singură piesă.

Animale de casă – de ce trebuie să ținem cont când avem un nou-născut în casă?

În cazul în care părinții au un animal de companie de încredere, acesta nu trebuie să fie îndepărtat din casă la sosirea nou-născutului. Animalul poate fi păstrat, dar cu respectarea câtorva reguli simple și riguroase de igienă. Evident, animalul trebuie să fie deparazitat și vaccinat și neapărat sănătos.

Se va evita accesul animalului la nou-născut și nu i se va permite animalului să se suie în patul copilului. Animalele, la rândul lor, trebuie pregătite pentru a accepta nou-născutul. Câțele, dar mai ales pisicile, pot deveni geloși.

Medicul veterinar îi poate sfătui pe părinți cu privire la cele mai bune opțiuni.

SEMNE DE BOALĂ LA NOU-NĂSCUT

Semnele generale de boală includ:

- Mănâncă fără poftă și hrana nu pare să-l intereseze;
- Îi apar secreții ale ochilor, nasului și urechilor, care pot fi semne de infecție;
- Plânge mereu (ore întregi) și nu poate fi liniștit;;
- Nu adaugă în greutate;
- Este vizibil, într-un fel sau altul, că sugarul pur și simplu nu se simte bine.

Este necesară consultația medicală de urgență dacă nou-născutul are următoarele simptome:

- Respiră des și din greu (de 60 de ori pe minut chiar în repaus); geme, tușește și are o respirație șuierătoare;
- Tremură puternic (are convulsii) și nu se liniștește nici când i se pune mâna pe brațe/picioare;
- Nu poate bea sau suge prea încet, fără vlagă;
- Este foarte molatic și se mișcă mult mai puțin ca de obicei;
- Refuză două mese la rând sau nu cere să mănânce timp de șase ore;
- Vomită puternic sau prezintă regurgitări repetate, în special după ce ia masa;
- Are febră de peste 38°C, este iritat, neliniștit, plânge îndelungat (mai mult de o jumătate de oră) și nu poate fi liniștit, deși a fost hrănit;

-
- Are hipotermie (este rece);
 - Țipă de durere și brusc devine palid sau se învinețește la față;
 - Este somnoros și se trezește cu greu;
 - Este inconștient;
 - Are scaune diareice sau scaune cu sânge și mucus;
 - Are scaun decolorat, aproape alb;
 - Nu are scaun timp de 24 de ore sau lipsesc micțiile mai mult de 8 ore;
 - Pielea și ochii i se îngălbenesc; apar erupții pe corp;
 - Are erupții care nu dispar timp de două zile și mai mult;
 - Buzele și limba au o culoare vineție;
 - Transpiră foarte tare (când mănâncă sau când plânge).

PREVENIȚI ACCIDENTĂRILE

Orice copil merită să trăiască într-un mediu sigur. Marginile pătuțului trebuie întotdeauna să fie înalte și închise cu siguranță, ca să nu cadă copilul. Nu se lasă bebelușul singur pe masa pe care se schimbă scutecele. Deși părinții sau îngrijitorii considera că micuțul nu se poate răsuci, totdeauna există o primă dată care, de obicei, îi va lua prin surprindere.

SEMNELE DE PERICOL PENTRU VIAȚA COPILULUI MIC

Copilul se află în pericol și necesită ajutor medical imediat, dacă are cel puțin unul din următoarele simptome:

- Respiră greu (gеме, gâfâie, are sunete neobișnuite la inspirație/expirație, șuierătoare) și frecvent, chiar și în stare de repaus, tușește, are bătăi ale aripilor nazale în timpul respirației;
- Refuză pieptul, orice altă mâncare sau să bea lichide, refuză să mănânce timp de mai mult de 6 ore;
- Vomită după fiecare alăptare, alimentare sau după ce bea lichide;
- Are diaree;
- Este mai puțin activ ca de obicei, doarme mai mult ca de obicei sau este letargic (nu poate fi trezit), are ochii înfundați;
- Țipă de durere, este neliniștit, excitat, devine brusc palid sau se învinețește la față;
- Are febră peste 38°C sau hipotermie (este rece);
- Are convulsii (contracții involuntare ale mușchilor);
- I s-a înroșit ombilicul (buricul) sau plaga (rana) ombilicală are eliminări.

FEBRA

Ce este febra?

Febra constă în creșterea temperaturii corpului, măsurată în regiunea axilară, mai mare de 38°C, obraji îmbujorați, piele fierbinte la atingere.

Ce trebuie să recomandați părinților să facă acasă?

- Pentru a decide dacă copilul are febră, nu se pune mâna pe frunte, ci se utilizează termometrul.
- Este necesar de menținut o temperatură ambientală plăcută. Copilul nu trebuie îmbrăcat cu multe haine.
- Învățați părinții să ofere copilului multe lichide, fără a-l forța.
- Nu este necesar să i se scadă febra cu orice chip, doar dacă copilul se simte rău. Acest lucru se face, în general, începând de la 38.5°C.
- Învățați părinții să utilizeze dozele antitermice recomandate de medic, respectând intervalul de timp între o doză și cealaltă, cu toate că febra apare înainte. Dozele trebuie administrate pe cale orală, în cazul în care se poate, dacă nu este posibil, pe cale rectală.
- Medicamentele pentru tratarea febrei nu trebuie alternate sau administrate concomitent.
- Băile cu apă caldă scad puțin febra. Băile se pot face pentru a ajuta medicamentele antitermice. A nu se utiliza comprese cu alcool (spirt), nici comprese cu oțet, dar se pot folosi prosoape îmbibate cu apă la temperatura camerei, pentru un schimb termic mai blând.

Când trebuie consultat un serviciu de urgență?

- În cazul în care copilul are mai puțin de 3 luni.
- În cazul în care copilul este apatic sau, dimpotrivă, este foarte irascibil.

- Dacă a avut o convulsie pentru prima dată.
- Vomită de mai multe ori.
- În cazul în care copilul respiră cu greutate.
- Când îi apar pete roșii pe piele și care nu dispar dacă se apasă pe ele.

Important

- Sunt persoane care cred că febra este semn rău de fiecare dată și că aceasta poate produce leziuni la nivelul creierului. Acest lucru nu este adevărat! Când organismul suporta o infecție, corpul produce mai multă căldură (febra) și în acest fel sistemul imunitar luptă împotriva ei.
- Febra nu produce leziuni la nivelul creierului până când nu ajunge la 42° C.
- Medicamentele antitermice nu vindecă infecția, doar îl ajută pe copil să se simtă mai bine.

Îngrijiri la domiciliu în febră



Febra reprezintă o temperatură mai mare de 37,9°C și este adesea, dar nu întotdeauna, un simptom al unei infecții. În mod frecvent în pediatrie aceste infecții se ameliorează fără niciun tratament specific. Febra în sine nu este dăunătoare. Motivul principal pentru a trata febra este ameliorarea confortului copilului.

Îngrijirea la domiciliu



Se administrează lichide reci, dar nu se folosește apă simplă pentru copiii sub 3 luni de zile



Se păstrează legătura cu medicul de familie/ pediatru



Copilul nu trebuie acoperit în exces deoarece corpul lui este deja mult prea cald



Medicamentele se administrează în doză corectă, după recomandarea medicului



Nu se administrează aspirină copilului

DIAREEA

Este scaunul lichid, apos, frecvent, verde sau cu mucozități sau sânge, urât mirositor, în acest caz copilul se poate deshidrata rapid, mai ales dacă și vomită.

Diaree acută: emisie prea frecventă (de 3 și de mai multe ori în 24 de ore) de mase fecale de consistență redusă, ceea ce duce la pierdere spontană de apă și de electroliți.

Boala diareică acută (BDA): maladie care durează de la câteva zile până la 2 săptămâni.

Boala diareică persistentă (BDP): maladie care durează 14 zile și mai mult.

Ce trebuie să recomandați părinților să facă acasă?

- Învățați părinții să ofere copilului multe lichide, fără a-l forța.
- Recomandați mamei să aplice mai des copilul la sân, iar dacă el nu mai primește lapte matern, atunci i se oferă o soluție de rehidratare orală.

Când trebuie consultat un serviciu de urgență?

- În cazul unui număr mare de scaune (mai mult de 8) pe zi sau dacă acestea sunt cu puroi sau sânge; copilul nu mănâncă și nici nu bea, nu tolerează lichidele pe gură.

- Când sunt prezente diferite semne de boală, în special febra și vărsăturile, dacă vărsăturile sunt cu sânge sau în zaț de cafea, sau dacă au o culoare verzuie.
- La apariția icterului (culoare galbenă a tegumentelor și a albului ochilor); când copilul are abdomenul destins și sensibil la atingere.

IMPORTANT! La copiii alimentați exclusiv la sân și care au diaree NU se întrerupe alăptarea! În primul rând trebuie oprite vărsăturile și apoi vor fi hidratați cu lapte de mamă.

VĂRSĂTURILE

Se caracterizează prin eliminarea forțată a conținutului gastric pe gură, iar uneori chiar și pe nas. Nu trebuie confundate cu regurgitarea, care este eliminarea înceată a unei cantități mici din conținutul stomacului (întâlnită mai des la sugari).

Ce trebuie să recomandați părinților să facă acasă?

- Este necesar de culcat copilul pe burtă sau pe o parte, pentru a evita aspirarea conținutului vărsăturii, dar cu capul mai ridicat; de regulă se ridică planul patului la 40-45°, cu capul mai sus.
- Hidratarea se face treptat în cantități mici.
- Copiii alimentați la sân se lasă mai puțin timp să sugă, pentru a evita umplerea excesivă a stomacului. Se recomandă un supt la 1-2 ore, iar dacă a vărsat, copilul se pune la sân la 30 minute. La opt ore de la terminarea vărsăturilor se revine la orarul obișnuit de alăptare.
- Copilul trebuie să se odihnească, așa că nu trebuie trezit din somn pentru a-i oferi lichide, deoarece în somn stomacul se golește și vărsăturile vor scădea.

Când trebuie consultat un serviciu de urgență?

- Când vărsăturile au o durată mai mare de 12 ore.
- Dacă bebelușul este mai mic de o lună și varsă foarte frecvent, eventual după fiecare masă.
- Când vărsăturile sunt însoțite de febră și diaree (copilul mic alimentat exclusiv la sân face scaune moi, galbene, verzi, cu spumă, fără să fie diareea boală).
- Dacă există semne de deshidratare, adică bebelușul plânge fără lacrimi, urinează mai puțin, gura îi este uscată, ochii sunt înfundați, iar la copiii mai mici fontanela este mai deprimată.
- Când abdomenul copilului este dilatat și dureros mai mult de 4 ore.
- Dacă apar convulsiile.
- Atunci când copilul este iritabil, nu răspunde bine la stimuli sau este somnolent.

CONVULSIILE FEBRILE (CF)



Sunt convulsii ocazionale (accidentale), ce survin la un copil de la 3 luni până la 5 ani, pe fondul unor pusee de febră $> 38,0^{\circ}\text{C}$, în absența oricăror semne de suferință cerebrală. Sunt 3 factori principali care pot fi cauza convulsiilor febrile: febra, vârsta și predispoziția genetică.

CF apar prin creșterea rapidă a temperaturii corpului, însă nu reflectă valorile febrei. Sunt mai frecvente la anumite familii (mai ales la copiii ai căror părinți au avut convulsii în copilărie), dar factorul cel mai important de apariție a lor este imaturitatea creierului. Pe măsură ce creierul se maturizează, dispar și convulsiile. Durata lor este în jur de

1-2 minute, dar pentru părinți pare enorm de mult; de cele mai multe ori apar doar o singură dată. Trebuie diferențiate de mișcările spastice din somn.

Ce trebuie să recomandați părinților să facă acasă?

- Părintele sau îngrijitorul trebuie să fie calm.
- Este necesar de notat momentul începerii crizei.
- Trebuie de plasat copilul astfel, încât să nu se lovească de obiecte.
- Copilul trebuie culcat pe o parte, pentru a asigura accesul aerului în căile respiratorii și a evita blocarea acestora cu secreții.

IMPORTANT! Nu se permite administrarea de medicamente fără consultarea medicului! Copilul mic se poate intoxica ușor cu medicamente. Numai medicul poate să-i indice tratamentul necesar.

SINDROMUL DE MOARTE SUBITĂ LA SUGAR

Ce este sindromul de moarte subită la sugar?

Sindromul morții subite la sugar (SMSS) reprezintă moartea sugarului cu vârsta sub 1 an, fără o cauză cunoscută, la care autopsia nu relevă o cauză clară de moarte.

Termenul de **moarte subită infantilă** (*Sudden unexpected infant death*) cuprinde mai multe entități:

- sindromul morții subite a sugarului (44%);
- moarte de cauză necunoscută (31%) și
- sufocare sau strangulare accidentală în pat (25%).

La ce vârstă este mai frecvent?

Moartea subită a sugarului se produce la copii mai mici de un an, vârsta la care are loc un număr mai mare de decese este la 2-4 luni. Peste vârsta de 6 luni este foarte puțin frecvent.

Se cunosc factorii sau situațiile care cresc riscul sindromului de moarte subită la sugar?

Se cunosc anumiți factori sau situații care cresc riscul apariției sindromului. Unii dintre factori nu se pot modifica. Dintre aceștia fac parte:

- greutatea mică la naștere, prematuritatea, multiparitatea (nașteri multiple ale mamei), scor Apgar mic la naștere;
- lipsa îngrijirii adecvate a mamei pe perioada de graviditate;
- mama mai tânără de 20 de ani, mame singure;
- expunerea la fumul de țigări, fumatul pe parcursul sarcinii;
- alimentația artificială;
- culcarea sugarului pe burtă;
- culcarea sugarului în pat cu un alt nou-născut sau adult;
- refluxul gastroesofagian;
- antecedentul de a fi avut un frate decedat anterior ca urmare a sindromului de moarte subită la sugar;
- băieții sunt afectați mai des decât fetele.

Ipoteze ale sindromului morții subite a sugarului

Incidența bolii este mai crescută în timpul iernii. Cercetările efectuate arată ca SMSS poate fi rezultatul inabilității creierului de a controla temperatura sau respirația în timpul primelor câteva luni de viață. Odată cu maturarea creierului, acest risc se reduce.

O altă explicație ar fi că la sugar faza de **somn paradoxal** ocupă o durată mai lungă, în timpul acestei faze producându-se mai multe modificări neurovegetative. Modificările sunt reprezentate de scăderea sensibilității sau chiar lipsa răspunsului centrilor respiratori la oscilațiile presiunilor parțiale ale dioxidului de carbon și oxigenului. Consecința este apariția apneei prelungite. De asemenea, pot apărea modificări neuromusculare (hipotonie musculară) și cardiovasculare (oscilații ale tensiunii arteriale, aritmii). Modificările din cursul somnului paradoxal apar la un organism care prezintă imaturitatea dezvoltării centrilor respiratori și cardiovasculari.

Cercetările recente au propus **modelul riscului triplu** (*triple risk model*) în cazul sindromului morții subite a sugarului, care cuprinde următoarele elemente:

- perioada critică în dezvoltarea sistemelor și organelor sugarului;
- vulnerabilitatea nou-născutului;
- factorii exogeni.

Simptome

SMSS nu are simptome premonitorii. Bebelușii care mor de această boală:

- nu pot fi resuscitați;
- par a fi sănătoși înainte de a fi puși la culcare;
- nu prezintă semne că s-ar fi zbatut.

De obicei, bebelușul este în aceeași poziție în care a fost pus.

Doar circa 5% din bebelușii care mor de SMSS au un istoric de evenimente amenințătoare de viață, iar relația dintre SMSS și acestea nu este cunoscută. În timpul acestor evenimente amenințătoare de viață, bebelușii au perioade de apnee (oprire a respirației) mai lungi (mai mult de 20 de secunde). Pielea bebelușilor are nuanțe de la vinețiu la palid, iar corpul se rigidizează, pentru ca apoi să devină flasc.

De asemenea, bebelușul se poate îneca. Unul sau mai multe evenimente amenințătoare de viață au fost suspectate la unii bebeluși care au decedat de SMSS. Cu toate acestea, aparatele de monitorizare a respirației, care sunt folosite pentru a detecta perioadele de apnee, nu sunt utile în prevenirea SMSS.

Diagnostic

Nu există investigații care să determine dacă un bebeluș are risc crescut de SMSS, chiar și printre aceia considerați cu risc crescut. Unele aparate de monitorizare a respirației sunt folosite la bebelușii cu risc crescut. Cu toate acestea, aparatele de monitorizare a respirației nu par să prevină SMSS.

Diagnosticul de sindrom al morții subite a sugarului este un **diagnostic de excludere**. Un element extrem de important este diferențierea acestui sindrom de abuzul infantil, în literatura de specialitate fiind prezentate mai multe cazuri de abuz infantil și pruncucidere disimulate ca sindromul morții subite a sugarului.

Un caz tipic de sindrom al morții subite a sugarului arată astfel: un sugar care abia a fost hrănit, apoi culcat, este găsit decedat, cel mai adesea în aceeași poziție în care a fost lăsat. La autopsie, în multe dintre cazuri, nu se găsește cauza decesului, de aceea diagnosticul este unul de excludere. Uneori poate fi decelată o bronhopneumonie sau o malformație cardiacă nediagnosticată anterior, peteșii hemoragice pe suprafața plămânilor, timusului și pericardului. Diagnosticul nu este stabilit doar în urma autopsiei, fiind necesară o investigație amănunțită a cazului.

Tratament

Nu există tratament pentru sindromul morții subite a bebelușului.

Profilaxie

Moartea prin SMSS nu poate fi prezisă sau prevenită. Cu toate acestea, se pot lua măsuri de precauție pentru a preîntâmpina moartea bebelușului prin SMSS.

Având în vedere faptul că SMSS este foarte rar, părinții nu trebuie să fie stresați de aceasta boală și aceasta să denatureze relația cu bebelușul.

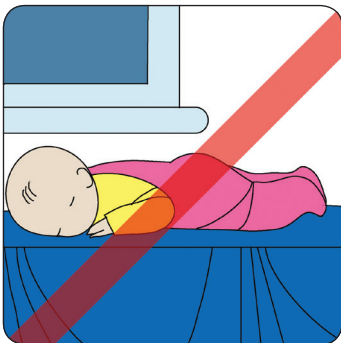
Ce pot face părinții pentru a reduce riscul?

Actualmente se cunosc multe situații modificabile, în care părinții pot interveni pentru a reduce riscul de moarte subită la sugar:

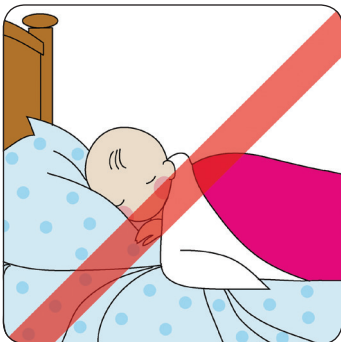
- **Evitarea fumatului și expunerii la fumul de țigară, consumului de alcool și a altor droguri în timpul sarcinii și postpartum.**



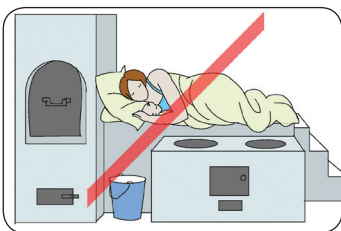
- **Alăptarea la sân scade riscul de moarte subită.** De aceea, mamele vor fi încurajate să înceapă alăptarea imediat după nașterea copilului și să o mențină cât mai mult timp posibil.



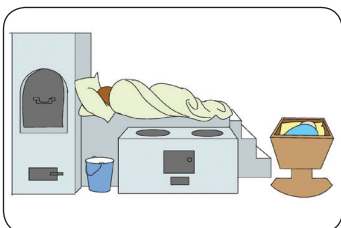
- **Poziția de dormit a copilului în pătuț: se știe că dormitul pe burtă crește riscul.** De aceea, părinții trebuie să îl așeze pe bebeluș întotdeauna cu fața în sus (nu pe o parte), cel puțin până la vârsta de 6 luni. Rata morții prin sindromul morții subite a sugarului a scăzut dramatic de când *Academia Americană de Pediatrie* a recomandat ca toți sugarii să fie culcați pe spate (1992). Această recomandare este valabilă și pentru cei care prezintă reflux gastroesofagian, cu excepția sugarilor cu anomalii ale căilor aeriene superioare.



- Este interzisă ridicarea capului nou-născutului în timpul somnului.
- **Nu se recomandă ca bebelușul să doarmă în același pat cu părinții,** dar culcarea acestuia în aceeași cameră cu un adult a redus cu 50% riscul sindromului morții subite a sugarului. Este recomandat ca cel puțin în primele 6 luni sugarul să doarmă în cameră cu un adult.

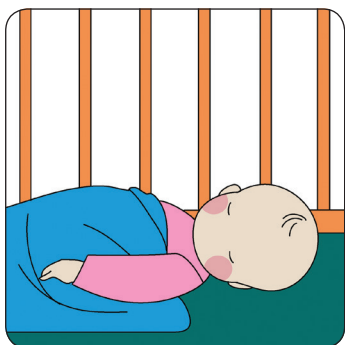


- **Trebuie luate măsuri de siguranță** – nu trebuie ca părinții să bea alcool, să fumeze, să folosească medicamente care le fac somnul adânc (sedative) sau să se drogheze. De asemenea, părinții nu trebuie să doarmă cu copilul pe o canapea sau fotoliu extensibil.



- **Tipul de saltea în pătuțul copilului: se recomandă utilizarea unei saltele dure,** deoarece cele mai moi se asociază cu un risc mai mare de apariție a morții subite. Trebuie folosite așternuturi fixate la saltea și saltele care nu se deplasează.

- Trebuie folosit un **pătuț dotat cu toate accesoriile de siguranță**. Dacă se folosesc învelitori de protecție pe barele pătuțului, acestea trebuie legate strâns, pentru a nu se putea deplasa.



- **Nu trebuie pus nimic în pătuț, alături de copil.** Acesta poate să tragă și să pună pe cap articole de genul păturilor, pernițelor, păpușilor, prin care va crește riscul de SMSS. Dacă totuși trebuie folosită o pătură, aceasta să fie ancorată în partea de jos a pătuțului.

- Sugarul trebuie **așezat cu picioarele spre păturică**, iar aceasta nu trebuie să treacă de pieptul bebelușului.
- **Se va evita supraîncălzirea bebelușului sau a camerei lui**, fapt evidențiat dacă acesta este transpirat sau este agitat.
- **Trebuie evitat îmbrăcatul excesiv al copilului.** Copiilor nu le este „mai frig” decât părinților și excesul de haine pentru dormit a fost asociat cu un risc crescut de moarte subită. Trebuie avută și mai multă grijă în cazul în care copilul are febră (ideea că „dacă are febră, copilul trebuie îmbrăcat” este greșită).



- **Temperatura camerei copilului** se recomandă să fie în medie **de 20-22° C**. Se vor evita temperaturile mai ridicate în cazul în care se poate regla individual temperatura camerei. Camera trebuie încălzită astfel încât copilul să nu fie prea gros îmbrăcat și să nu necesite păaturi suplimentare. Temperatura se va seta astfel încât un adult să poată sta îmbrăcat în cameră și să nu îi fie frig, doar cu un tricou cu mâneci lungi și o pereche de pantaloni.

- Trebuie oferită copilului o **suzetă înainte de culcare**. Aceasta scade riscul de SMSS din motive necunoscute încă experților. **Suzeta** trebuie oferită după vârsta de 1 lună și trebuie cunoscut faptul că **poate face alăptarea mai dificilă**. Nu există riscuri dacă se introduce suzeta în gura copilului după ce acesta a adormit. Copilul nu trebuie forțat dacă nu acceptă suzeta.
- **Imunizarea** sugarului conform calendarului vaccinărilor și efectuarea de vizite regulate la medic.
- **Instruirea personalului medical**, în special a celor din cadrul maternităților și al unităților de terapie intensivă neonatală, pentru a reduce riscurile sindromului morții subite a sugarului încă de la naștere.
- **Informarea dădacei** (sau altor persoane care îngrijesc de copil) despre toate aceste aspecte. Aceasta trebuie informată chiar din prima zi de lucru. Se poate ca dădaca să nu cunoască despre SMSS. Aproape 20% din decesele cauzate de SMSS apar în timpul zilei.

ALIMENTAȚIA COPILULUI DE LA NAȘTERE PÂNĂ LA VÂRSTA DE 6 LUNI

Chiar dacă sunteți grăbită, important e să-i oferiți mamei o consultație completă și minuțioasă:

Îi veți adresa mamei întrebări, pentru a afla cum își alimentează copilul.
Veți asculta cu atenție răspunsurile mamei și veți oferi sfaturile corespunzătoare.
Veți lăuda mama pentru acțiunile ei corecte și o veți sfătui ce anume ar trebui să facă altfel.
Veți utiliza cuvinte simple, pe înțelesul mamei.
Îi veți pune mamei întrebări de control, pentru a vă convinge că știe cum trebuie îngrijit copilul acasă.

E necesar să cunoașteți și să înțelegeți toate recomandările privitoare la alimentare, dar nu are rost să le explicați pe toate fiecărei mame. Mai întâi de toate puneți întrebările care v-ar ajuta să aflați cum era alimentat copilul până la momentul actual. Apoi îi veți da mamei **doar sfaturile corespunzătoare** vârstei și situației copilului.

Recomandările privitoare la alimentare sunt bine-venite atât pentru copilul bolnav, cât și pentru cel sănătos. În timpul bolii copilul este posibil să vrea să mănânce mai puțin. Dar e necesar să-i propunem toate felurile de alimente, recomandate pentru vârsta lui, ținând cont de frecvența prescrisă, chiar dacă nu poate mânca mult la fiecare masă de bază. După boală, alimentația corectă va contribui la restabilirea greutății pierdute și va preveni dereglările de nutriție. În cazul în care copilul e sănătos, alimentarea corectă va ajuta la prevenirea eventualelor afecțiuni.

Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind alimentația nou-născutului și a sugarului încurajează proaspetele mame să alăpteze exclusiv cel puțin în primele 6 luni de viață ale micuțului. Ulterior, în funcție de dorința și disponibilitatea mamei și a sugarului, este indicată continuarea alăptatului până la împlinirea vârstei de 2 ani și chiar mai mult.

Laptele matern este alimentul ideal pentru nou-născut și sugarul de până la 6 luni, asigurând în totalitate aportul nutritiv necesar unei creșteri și dezvoltări armonioase. Laptele matern este un aliment unic, perfect potrivit pentru metabolismul sugarului, se digeră ușor, nu suprasolicită tractul digestiv sau rinichii acestuia, ajută la maturizarea tractului digestiv și la dezvoltarea ochilor.

Pe lângă substanțele nutritive necesare creșterii, laptele matern este unicul aliment care conține substanțe antiinfecțioase sub formă de anticorpi, care conferă protecție pentru sugarul foarte mic cu un sistem imunitar imatur. Compoziția anticorpilor din laptele matern se modifică în funcție de antigenii cu care vine mama în contact. Dacă, de exemplu, mama face o viroză, corpul ei începe să secrete anticorpi specifici, care ajung în lapte. Astfel, copilul nu va fi afectat de viroză sau va face o formă mai ușoară de boală.

Având în vedere că marea majoritate a mamelor au suficient lapte, sugarii născuți la termen cu greutate normală la naștere trebuie să fie alăptați exclusiv până în jurul vârstei de 6 luni. Aceeași regulă se aplică sugarilor prematuri sau cu greutate mică la naștere, iar dacă sugarii nu au putere să sugă la sân, dar pot primi alimentație orală, aceștia vor fi alimentați cu lapte matern muls, administrat cu lingurița sau prin gavaj.

Mama trebuie susținută să mențină alăptarea cât mai mult timp posibil: să fie învățată despre pozițiile corecte de alăptare, să fie instruită să facă „bancă de lapte” când începe serviciul etc.

Alimentația naturală reprezintă alimentația **exclusivă** cu lapte matern, fără substituenți de lapte matern, apă, alte lichide sau alimente solide. Alăptarea exclusivă este suficientă pentru

promovarea creșterii și dezvoltării normale a copilului în primele 6 luni de viață. Datele existente arată că alimentația exclusivă la sân în primele 6 luni de viață asigură o dezvoltare armonioasă, iar testele biochimice efectuate la acești copii demonstrează că laptele de mamă acoperă toate nevoile nutriționale și de creștere la această vârstă, exceptând necesarul de vitamina D. Alăptarea eficientă asigură un aport nutritiv optim pentru o creștere și dezvoltare corespunzătoare a nou-născutului.

Lucrătorii medicali trebuie să informeze părinții despre beneficiile alimentației naturale.

Beneficiile alimentației naturale pentru copil:

- asigură o dezvoltare psiho-emoțională echilibrată a copilului;
- scade incidența infecțiilor gastro-intestinale, respiratorii superioare și otite (cercetătorii au descoperit că acei copii care au primit lapte matern au fost mai puțin predispuși la spitalizare din cauza infecțiilor respiratorii);
- scade incidența morții subite la sugar;
- reduce riscul apariției alergiilor (imunoglobulina secretorie din laptele matern ajută la prevenirea reacțiilor alergice la produsele alimentare, oferind un strat de protecție a tractului intestinal al unui copil);
- stimulează dezvoltarea cognitivă (conform unui studiu care a inclus peste 17.000 de sugari, scorurile IQ și alte teste de inteligență arată că alăptarea prelungită îmbunătățește semnificativ dezvoltarea cognitivă a copiilor);
- reduce riscul diabetului zaharat de tip 1 și 2;
- reduce riscul pentru dezvoltarea bolilor cardiovasculare, inclusiv a hipertensiunii arteriale în perioada adolescenței;
- previne malnutriția;
- reduce riscul obezității și al hipercolesterolemiei (o analiză a 17 studii publicate arată că alăptarea reduce riscul unui copil de a deveni supraponderal ca adolescent sau adult);
- reduce riscul de boală celiacă, boala Crohn;
- are efect analgezic.

Avantajele alimentației naturale pentru mamă:

- asigură o relație reciprocă afectivă puternică între mamă și copil;
- ajută involuția uterină rapidă după naștere și previne hemoragiile postpartum;
- întârzie reapariția menstruației;
- reduce riscul de anemie și necesarul de fier pentru mama care alăptează;
- accelerează pierderea în greutate;
- protejează împotriva cancerului de sân și ovarian;
- oferă protecție împotriva osteoporozei postmenopauzale;
- scade riscul de diabet zaharat de tip 2;
- scade necesarul de insulină la mamele diabetice;
- este mai comodă și mai puțin obositoare;
- are beneficiu economic pentru familie.

Astfel, *alăptarea are efecte benefice nutriționale, fizice și psihologice la copii, care se regăsesc pe întreg parcursul vieții lor, iar laptele matern este un aliment natural perfect, totdeauna proaspăt, curat și disponibil 24 de ore/zi, în orice zonă geografică.*

Colostrul este laptele matern pe care femeile îl produc în primele zile după naștere. Este un lichid vâscos, bogat în anticorpi, proteine și minerale, dar cu conținut redus de grăsimi și carbohidrați și are o culoare gălbuie. Colostrul ajută la protejarea bebelușului împotriva infecțiilor apărute după naștere, precum și la eliminarea meconiului, primului scaun după naștere.

Între zilele 5 și 15 după naștere începe secreția **laptelui de tranziție**, iar după aceasta, adică la 2-3 săptămâni după naștere, apare laptele matur. Laptele de tranziție este un lapte cremos și galben, în timp ce laptele matur este mai apos și mai alb.

Laptele matur este laptele matern produs după câteva zile de la naștere. Treptat cantitatea de lapte crește și femeia simte sânii tari și grei. Consistența și compoziția laptelui diferă în funcție de perioada din zi sau din noapte la care e secretat, dar diferă și în timpul aceluiași alăptat. La început laptele este mai subțire, conține mai multă apă, proteine și lactoză și hidratează copilul. De aceea, adăugarea de alte fluide pentru satisfacerea setei sugarului este inutilă și chiar dăunătoare, întrucât va influența cantitatea totală de lapte matern supt. La sfârșitul unei alăptări laptele este alb, are o consistență mai crescută și este mai bogat în lipide, conferind sațietate și conține multe grăsimi și vitamine (A, D, E, K). Acest lapte constituie elementul nutritiv care hrănește copilul și conține 50% lipide (grăsimi), 45% carbohidrați (zaharuri) și 5% proteine. Marea majoritate a carbohidraților reprezintă zaharul laptelui (lactoza), care favorizează absorbția calciului la copil.

Inițierea alăptării

Se recomandă consilierea gravidei pentru inițierea alăptării în prima oră după naștere, punând copilul în contact piele pe piele cu mama, pentru cel puțin o oră. Mama va fi încurajată să recunoască momentul în care bebelușul este gata să sugă colostrul și va fi ajutată să îl alăpteze, dacă are nevoie.

Pentru a asigura o alăptare eficientă, se recomandă a se explica mamei mecanismul de producere a laptelui matern.

Când un copil sugă la sân, impulsurile senzoriale de la nivelul mamelonului se transmit la creier, iar hipofiza secretă hormonii prolactină și oxitocină care, transportate prin sânge la sân, determină secreția laptelui, respectiv participă la ejecția acestuia. Cu cât un copil sugă mai mult, cu atât sânii produc mai mult lapte. Dacă producția de oxitocină este deficitară, atunci laptele nu poate fi eliberat din sân. Oxitocina determină contracții uterine, ajutând la reducerea sângerării. Aceste contracții pot provoca uneori dureri locale puternice la nivelul uterului.

Alăptarea eficientă reprezintă situația de creștere și dezvoltare armonioasă, corespunzătoare curbelor de creștere și dezvoltare (ale copilului alimentat la sân).

Alăptarea inefficientă reprezintă situația în care creșterea și dezvoltarea copilului sunt necorespunzătoare vârstei acestuia.

Factori corelați cu alăptarea eficientă:

- contactul dintre pielea mamei și cea a nou-născutului imediat după naștere;
- alăptarea în prima oră după naștere;
- tatăl susținător al alăptării, inițierii și duratei alăptării;
- implementarea inițiativei OMS „Spital prieten al copilului” cu rezultatele alăptării.

Factori corelați cu lipsa alăptării:

- nașterea prin cezariană, mai ales cu alăptarea exclusivă și mai puțin cu durata alăptării;
- distribuirea de pachete promoționale cu formule de lapte în maternități sau la externare;
- hrănirea nou-născuților cu amestecuri adaptate înainte de inițierea alăptării la sân;
- suplimentarea cu alte fluide decât laptele matern;
- nivelul socio-economic și de educație scăzut al mamei;
- vârsta sub 20 ani a mamei;
- utilizarea suzetei înainte de 4 săptămâni;
- percepția că laptele este insuficient;
- depresia postnatală;
- prezența anchiloglosiei;
- părinții fumători;
- intenția de a lucra sau de a reveni la serviciu.

Frecvența și durata alăptării

Recomandările generale susțin alăptarea copilului la cerere. Copilul trebuie hrănit de fiecare dată când îi este foame, și nu neapărat după un program strict de masă. Astfel, lucrătorii medicali trebuie să încurajeze alăptarea la cerere, atât ziua, cât și noaptea. Alăptarea la cerere este modalitatea cea mai eficientă de a asigura nevoile nutriționale ale copilului și o secreție lactată suficientă.

Numărul supturilor va fi de minim 8 / 24 ore în primele 8 săptămâni, inclusiv noaptea. Astfel, în timpul primelor zile sau săptămâni, copilul cere să fie alăptat la fiecare 3-4 ore (adică 10-12 ședințe în 24 de ore). Sugarul alimentat natural poate să mănânce și mai frecvent decât media (din 2 în 2 ore), ceea ce nu înseamnă că laptele matern nu este suficient de hrănitor, ci doar că laptele matern se digeră mai ușor decât laptele praf. Alăptările frecvente cresc nivelul prolactinei, care stimulează lactația.

Se recomandă încurajarea nerestricționării frecvenței și duratei alăptării și alăptarea copilului la fiecare 2-3 ore, luându-se în considerare variațiile de la un copil la altul, mai ales când acesta este sănătos. Se recomandă ca în primele săptămâni după naștere mama să trezească copilul și să îl pună la sân dacă doarme mai mult de 4 ore continuu în timpul zilei, să alăpteze din ambii sâni, pentru stimularea și golirea egală a ambilor sâni, stimulând în continuare producția de lapte în cantitate suficientă nevoilor copilului.

Alăptările inițiale sunt de obicei scurte; uneori nou-născutul se hrănește doar câteva minute la fiecare sân sau doar la un sân. Aceste alăptări sunt importante pentru creșterea lactației în zilele următoare. Este importantă hrănirea copilului cel puțin 15 minute la fiecare sân. Astfel, copilul capătă atât laptele „de început”, ce conține apă și nutrienții necesari, cât și laptele „de după”, care conține mai multe grăsimi și calorii ce satisfac apetitul copilului.



Cu timpul, ședințele de alăptare vor deveni mai lungi. Durata unui supt ar trebui să fie mai mică de 30 de minute. În primele 8 săptămâni sugarul trebuie alăptat de cel puțin 8 ori în 24 de ore, inclusiv noaptea, iar după 8 săptămâni de cel puțin 5-6 ori, inclusiv noaptea.

DURATA OPTIMĂ A ALĂPTĂRII

Posibile probleme asociate alăptării

În primele 2-5 zile după naștere, sânii sunt mai puternic vascularizați, scade nivelul hormonilor de sarcină și atunci când se instalează secreția lactată propriu-zisă, de obicei, apare **angorjarea sânilor**. Astfel, sânii se întăresc, devin calzi, sensibili, chiar dureroși și se măresc în volum. Pentru a preveni angorjarea sânilor, este foarte important ca mama să alăpteze nou-născutul o dată la 2-3 ore! Masajul sânilui de la exterior către centru, în timp ce bebelușul sugă, ajută la golirea mai bună a sânilui. Dacă în 24 de ore simptomele nu s-au ameliorat, se recomandă un consult medical sau consiliere de alăptare. Toate mamele care alăptează trebuie învățate să recunoască și să gestioneze problemele sânilui legate de alăptare (să prevină mastita).

La 2-3 săptămâni după naștere, majoritatea femeilor care alăptează trec printr-o **ușoară scădere a nivelului de lactație**, care, însă, e trecătoare. Mamele se pot speria că nu au suficient lapte și copilul nu crește. Acest fenomen se produce de obicei din cauza oboselii acumulate de mamă și nu necesită niciun alt tratament în afară de odihnă și de asigurarea unui mediu propice, liniștit și intim pentru alăptare. Se recomandă ca mama să se pregătească cu 15-20 de minute înainte de alăptare. Se poate așeza într-un fotoliu sau un pat comod și se poate concentra exclusiv asupra copilului. Sânul va începe să secrete lapte, deoarece alăptatul nu e stimulat doar de partea mecanică a suptului, ci are și o componentă emoțională și psihică foarte puternică.

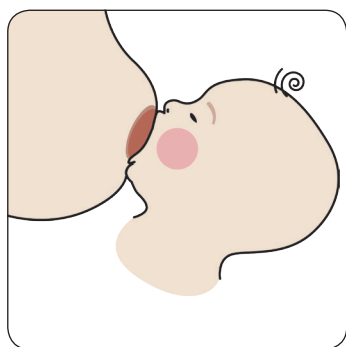
Tehnica alăptării

- În general, nu este nevoie de o pregătire specială a sânilor înainte de alăptare. Sânii trebuie igienizați prin spălare cu apă caldă înainte de alăptare, fără săpun sau fără dezinfectare cu alcool – acestea pot deshidrata mamelonul.
- După alăptare nu se recomandă acoperirea imediată a sânilor, ci uscarea lor la aer.
- Se recomandă purtarea sutienelor din bumbac, pentru că cele din materiale sintetice pot să irite pielea. Laptele care mai curge din sân între alăptări poate fi șters cu un prosop sau un tampon din bumbac.

Poziția corectă pentru alăptare

Pentru o alăptare eficientă se recomandă ca toate mamele să fie învățate să atașeze corect copilul la sân.

Atașarea corectă la sân înseamnă că:



- mare parte a areolei mamare să se vadă deasupra buzei superioare a copilului;
- gura copilului să fie larg deschisă;
- buza inferioară a copilului să fie răsfrântă în afară;
- bărbia copilului să atingă sânul;
- capul și corpul copilului să fie aliniate;
- copilul să fie ținut aproape de corpul mamei;
- întreg corpul copilului să fie susținut.

Alte semne ale unei bune atașări la sân sunt: nasul copilului este liber; se aude când copilul înghite; brațele și mâinile copilului sunt relaxate; buzele sunt umede; prezintă satisfacție după alăptare, dă drumul la sân când este sătul; mama simte sânul golit.

Poziții de alăptare: în primul rând, mama trebuie să stea într-o poziție comodă în timpul alăptării,

iar fiecare femeie își alege poziția preferată, în care să poată sta cât mai relaxată. Poziția cea mai comodă pentru copil e cea în care ajunge ușor la sân și sugă cât mai bine.

Poziții de alăptare corecte



- *Poziția șezând* – mama stă confortabil în pat sau pe un fotoliu, cu spatele și antebrațele sprijinite și, dacă e nevoie, cu picioarele sprijinite pe un scaun nu foarte înalt. Pentru confort, se poate folosi perna de alăptare.



- *Poziția sub braț* – e recomandată în special în cazul gemenilor sau când un canal de lactație e blocat. Capul bebelușului stă în mână mamei, iar spatele bebelușului este susținut de antebrațul ei.



- *Poziția șezândă a bebelușului* – bebelușul se ține cu picioarele unul lângă celălalt, pe lângă corpul mamei. Antebrațul mamei susține spatele, iar palma ei susține capul bebelușului. Cealaltă mână susține sânul.



- *Poziția cu bebelușul pe brațul opus sânelui la care alăptează* – se folosește în special la prematuri și la bebelușii bolnavi, sau dacă mama are sânii mari. Corpul copilului stă pe antebrațul mamei, mână ei susține capul acestuia la nivelul urechilor sau mai jos. Mama poate să susțină sânul cu mâna de aceeași parte.



- *Poziția culcat* – foarte confortabilă, în special noaptea sau pentru mamele care au născut prin operația cezariană. Mama stă culcată pe o parte, eventual cu o pernă sub cap și una sub torace, fără să se sprijine pe cot. Susține bebelușul cu mâna dedesubt și sânul cu mâna de deasupra.

ALIMENTAȚIA MAMEI CARE ALĂPTEAZĂ

Mama trebuie să se concentreze pe o dietă echilibrată cu vitaminele și mineralele necesare alăptării și poate să consume cu aproximativ 30% mai multe calorii decât o femeie care nu alăptează. O mamă care alăptează are mai multă nevoie de fier, care poate fi asigurat printr-un aport zilnic de proteine de origine animală (carne, ouă sau pește).

Se recomandă:

- lapte 500-600 ml sau iaurt 250-300 ml;
- brânză de vaci sau telemea (acestea au calciu, de care mama are nevoie când alăptează);
- 5-6 ouă pe săptămână;
- legume și fructe multe, variate, fără abuzuri; sunt recomandabile toate legumele, toate fructele; ceapa, usturoiul, varza, conopida dau laptelui mamei mirosuri particulare, dar ele nu trebuie excluse decât în situația în care copilul refuză sânul; de altfel, copilul cunoaște aceste alimente din viața intrauterină și poate este deja obișnuit cu ele;
- carne de găină, de pui, de vacă, uneori de porc;
- grăsimi: ulei, smântână, unt;
- apă (nu carbogazoasă!), ceaiuri de plante, compot (nu prea dulce), suc de fructe, în total cel puțin 1 litru, chiar 2 litri zilnic;
- alimentația să fie moderat sărată, iar sarea folosită să fie doar cea iodată.

Atenție! Nu sunt bune nici pentru mamă, nici pentru copil:

- alcoolul, care interferează cu dezvoltarea somatică normală, precum și cu adăugarea în greutate a copilului;
- fumatul (studiile au demonstrat că tutunul determină apariția sindroamelor diareice la sugar, apariția tahicardiei și anxietății infantile, de asemenea, crește riscul de apariție a sindromului de moarte subită infantilă);
- produsele prăjite, mai ales în grăsimi animale;
- conservanții;
- afumăturile, mezelurile;
- băuturile acide care, în plus, imită chimic sucurile naturale;
- excesul de cafea, ceai negru, ciocolată și cacao, care trec prin lapte și determină o stare de iritabilitate, insomnie și pierderea apetitului la sugar;
- excesul de sare;
- nu se indică, pentru creșterea secreției lactate, consumul de ceapă sau bere.

NB! Medicamentele vor fi administrate doar cu consultarea în prealabil a unui medic!

Decizia privind **administrarea unui medicament mamei care alăptează se ia evaluând următorii factori:**

- necesitatea de a administra medicamentul mamei;
- efectul medicamentului asupra lactației;
- nivelul medicamentului în laptele matern;
- nivelul de absorbție al medicamentului din lapte în tubul digestiv al copilului;

- efectele medicamentului asupra copilului;
- vârsta copilului (efectele maxime la sugari sub 2 luni, rareori până la 6 luni).

Contraindicațiile alimentației naturale (din partea mamei):

- mama urmează chimioterapie;
- utilizarea de izotopi radioactivi la mamă în scop terapeutic;
- consum de droguri;
- ingestia de alcool în cantitate mai mare de 0,5 g/kgc/zi;
- infecție HIV;
- infecție TBC activă;
- infecție cu virus herpes simplex cu leziuni active la nivelul sânului;
- infecția cu VHB cu viremie prezentă.

Contraindicațiile alimentației naturale (din partea copilului):

- copil cu galactozemie;
- boala urinei cu miros de sirop de arțar;
- copil născut cu fenilcetonurie.

În cazul în care copilul sau mama se îmbolnăvesc, limitarea sau interdicția alăptării trebuie să se decidă cu multă responsabilitate. Diareea fără vărsături frecvente, bolile pulmonare ale mamei, patologia infecțioasă ș.a. nu constituie motive de întrerupere a alimentării copilului cu lapte matern. Cu foarte rare excepții, continuarea alăptării este recomandabilă când mama sau copilul sunt bolnavi. Spitalizarea mamei pentru o intervenție chirurgicală, o boală infecțioasă, un accident etc. nu trebuie să devină cauza despărțirii mamei de copil. Se va face astfel încât sugarul să-și însoțească mama și să continue să sugă. În cazul în care copilul alăptat este spitalizat, el va fi însoțit de mamă în scopul continuării alăptării și pentru asigurarea unui confort afectiv strict necesar însănătoșirii grabnice.

Relactarea este procesul de restabilire a lactației după ce aceasta a fost oprită. Cauzele cele mai frecvente ale ablației sunt: boala/medicații ale mamei, boala copilului, probleme ale sânilor (angorjare, durere, infecții) nerezolvate în timp util, sfaturi greșite primite de mamă, suplimentul cu lapte praf, folosirea biberonului. Relactarea este un proces care se întemeiază pe mecanismele fiziologice ale lactației, având la bază stimularea mamelonară repetată pentru activarea zonelor hipotalamo-hipofizare responsabile de producerea oxitocinei și prolactinei.

Monitorizarea alăptării

Se recomandă de ajutorat mama să dobândească abilități de alăptare și îngrijire a copilului, să i se explice care sunt semnele unei alăptări eficiente, respectiv ineficiente și să monitorizeze eficiența alăptării prin observarea sistematică a tehnicii de alăptare și a semnelor de ineficiență a alăptării.

Alăptarea eficientă asigură menținerea secreției lactate și nutriția adecvată a copilului.

Pentru evaluarea suptului trebuie de urmărit:

- alinierea copilului la sân;
- prinderea areolei;
- compresia areolară;
- deglutiția copilului.

Semnele stării de bine a copilului alimentat la sân:

- atinge greutatea de la naștere în maxim 2 săptămâni;
- adaugă 115-220 g/săptămână până la 3 luni; 113-142 g/săptămână la 4-6 luni; 57-113 g/săptămână la 6-12 luni;
- prezintă până la 5-8 scaune/zi, cu aspect galben auriu, semiconsistente, adesea eliminate în timpul alăptării sau imediat după alăptare;
- prezintă 6-10 micțiuni/zi.

Ritmul de creștere în greutate a copiilor alimentați la sân diferă de al celor alimentați cu formule: cei alimentați la sân cresc mai rapid în primele 2-3 luni, apoi ritmul de creștere încetinește. Pentru evaluarea creșterii în greutate a copilului alăptat se utilizează curbele de creștere în greutate a copiilor și tabelele centilice (anexa 3).

Pentru o alăptare eficientă se recomandă ca toate mamele să fie învățate să atașeze corect copilul la sân.

Când poziția pentru alăptare este corectă, plângerile de tipul durerilor, prezența leziunilor mamelonului, înroșirea sau angorjarea sânelui ar trebui să fie absente. Mama trebuie avertizată despre acest lucru, iar dacă simptomele persistă și după corectarea poziției la sân, ar trebui luate în considerare alte cauze.

Aprecierea alăptării eficiente

Aprecierea constă din două părți. În cadrul primei părți Dumneavoastră trebuie să stabiliți dacă mama are probleme cu alimentația copilului, ce fel de hrană primește sugarul mic și cât de frecvent. De asemenea, trebuie să determinați corespunderea dintre greutate și vârstă.

În cea de a doua parte a examinării, dacă sugarul mic are probleme cu alimentarea exclusivă la sân sau are greutate scăzută pentru vârsta lui, trebuie să apreciați alăptarea la sân a sugarului mic.

ÎNTREBAȚI: Există probleme cu alimentația?

Orice dificultăți indicate de către mamă sunt importante. O astfel de mamă poate necesita o consultație sau un ajutor special pentru rezolvarea problemei date. Dacă mama afirmă că sugarul mic nu poate suge, apreciați alimentarea la sân și urmăriți mama în tentativele ei de a hrăni sugarul mic din cană; determinați care este problema. Sugarul mic care nu suge poate să fie afectat de o infecție severă sau o altă problemă gravă care prezintă pericol pentru viața lui și în acest caz el trebuie spitalizat urgent.

ÎNTREBAȚI: Alăptați sugarul mic? Dacă da, de câte ori în 24 de ore?

Se recomandă ca sugarul mic să fie aplicat la sân de atâtea ori și atât timp cât el o cere, atât ziua, cât și noaptea. Sugarul mic trebuie hrănit de 8 sau mai multe ori pe parcursul a 24 de ore.

Se recomandă monitorizarea eficienței alăptării prin observarea sistematică a tehnicii de alăptare și a semnelor de ineficiență a alăptării (anexa 1).

SEMNELE UNEI ALĂPTĂRI EFICIENTE

Semne majore:

- copilul se hrănește de cel puțin 8 ori în 24 de ore;
- mama este capabilă să așeze copilul la sân așa încât atașarea la sân să fie corectă;

- copilul suga și înghite într-un ritm regulat și susținut (10 până la 20 de cicluri de supt în cursul unui alăptat);
- copilul este alăptat la cerere, el termină suptul, iar după supt este mulțumit (după 1-2 ore suga din nou);
- curba de creștere a copilului este corespunzătoare vârstei;
- comunicarea afectivă mamă – copil este eficientă.

Semne minore:

- pot fi observate semnele funcționării reflexului de ejecție;
- eliminările de urină și fecale sunt corespunzătoare vârstei;
- copilul este dornic să mănânce;
- satisfacție evidentă a mamei care alăptează.

Semnele *certe* ale aportului de lapte insuficient sunt: creșterea în greutate inadecvată și semnele aportului lichidian scăzut – mai puțin de 6 scutece ude/zi, cu cantități mici de urină concentrată (culoare intensă).

Semnele *posibile* ale unui aport de lapte insuficient sunt:

- bebelușul este nesatisfăcut la sfârșitul suptului: plânge frecvent, refuză sânul, mesele sunt lungi și dese;
- sugarul are scaune rare, de consistență crescută, verzui, în cantitate redusă;
- la începutul suptului nu apare laptele la stoarcerea sânului;
- lipsa mării sânilor (în timpul sarcinii);
- lipsa afluxului de lapte (după naștere).

Există numeroase motive pentru care mamele, în special cele tinere, aflate la primul copil, se pot simți nesigure și confuze în această perioadă: lipsa experienței sau ajutorului din partea familiei, imposibilitatea de a aprecia dacă bebelușul este mulțumit.

Majoritatea problemelor apărute în cursul alimentației la sân pot fi rezolvate prompt dacă lucrătorii medicali intervin la timp.

Un aport scăzut de lapte matern poate fi cauzat de următoarele erori:

- inițierea tardivă a alăptării;
- atașarea incorectă a copilului la sân;
- alăptările sunt rare și copilul suga insuficient;
- timpul de supt este prea scurt – copilul nu se simte confortabil (prea încălzit), graba și lipsa de răbdare a mamei, îndepărtarea copilului de la sân din diferite motive în timpul suptului – astfel cantitatea de lapte supt este insuficientă (mai ales cantitatea de grăsimi care se află în lapte în partea a doua a suptului);
- utilizarea de biberoane sau suzete și oferirea de alte alimente sau fluide pot determina copilul să sugă mai puțin lapte;
- prezența ankiloglosiei (limba fixată este o malformație congenitală, în care frenul lingual este anormal de scurt. Mișcările limbii pot fi limitate, în funcție de gradul atașării).

Motive pentru care alăptarea poate fi ineficientă:

Factori ce țin de ALĂPTARE	Factori PSIHOLOGICI legați de MAMĂ	STAREA FIZICĂ A MAMEI	STAREA SUGARULUI
Inițiere întârziată Alăptat la ore fixe Alăptatul rar Lipsa alăptatului noaptea Alăptări scurte Atașare deficitară Biberoane, suzete Alte alimente/lichide (apă/ceai)	Lipsa încrederii Îngrijorări, stres Neplăcerea de a alăpta Respingerea bebelușului Oboseala	Medicamente (contraceptive orale, diuretice) Sarcina Malnutriție severă Alcool/Fumat Retenția de placenta (f. rar) Hipoplazie mamară (excepțional de rar)	Boală Anomalii anatomice

Cele mai populare mituri despre alăptare: adevărat sau fals?

Cu toate că numeroase studii atestă rolul deosebit al alăptării, exista încă multe prejudecăți care creează semne de îngrijorare pentru proaspetele mămici. Miturile despre alăptare pot crea mari temeri în rândul proaspetelor mămici. Pentru a depăși această frică, informarea este cea mai bună măsură pe care o poate lua o mamă ce a născut recent.

Iată care sunt cele mai populare mituri despre alăptare:

1. Există mame care nu produc suficient lapte.

FALS. Din punct de vedere medical este practic imposibil ca o mamă să nu aibă capacitatea de a produce resursa de lapte de care bebelușul ei are nevoie pentru hrana zilnică. Mămica trebuie să respecte cererea copilului, anume să permită bebelușului să ia cantitatea de lapte matern de care acesta are nevoie.

2. O pauză de la alăptat poate ajuta la asigurarea unei cantități mai mari de lapte.

FALS. Cu cât alăptezi mai mult, cu atât cumulezi o cantitate mai mare de lapte pentru bebelușul tău. O pauză în programul tău de alăptat poate scădea cantitatea.

3. Copilul trebuie să golească ambii sâni la fiecare alăptare.

ADEVĂRAT. Este recomandat ca pruncul să se hrănească de la primul sân înainte ca mama să i-l ofere pe al doilea. Laptele de la finalul mesei are un aport bogat în grăsimi, ce poate fi obținut numai treptat, pe măsură ce copilul golește pieptul, pe rând. Dacă bebelușul este mutat înainte ca sânul să devină gol, atunci el va consuma doar cantitatea inițială de lapte, nu și cea finală, aportul de calorii fiind astfel redus.

4. Mama trebuie să consume lapte alimentară pentru a produce la rândul ei lapte matern de calitate.

FALS. Este des întâlnită ideea că o proaspătă mămică trebuie să consume mai mult lapte alimentară pentru a satisface cererea crescută de calciu pentru alăptarea copilului ei. Cu toate acestea, o dietă sănătoasă bogată în cereale, legume, fructe și proteine este tot ceea ce o mamă trebuie să consume pentru a furniza cantitatea de vitamine și calciu necesare bebelușului său. Prin urmare, consumarea lactatelor în exces în această perioadă nu este recomandată.

Pentru atingerea și menținerea unui regim de alăptare eficientă, lucrătorii medicali vor consilia familia **ÎMPOTRIVA** utilizării de biberoane, tetine sau suzete și vor informa părinții despre impactul negativ al acestora asupra suptului.

În cazul în care copilul nu suge suficient lapte direct de la sân și sunt necesare suplimentări cu lapte, se va administra laptele stors, cu cânița.

Extragerea și păstrarea laptelui matern

Se recomandă ca tuturor mamelor:

- să li se arate *modalitatea corectă de a exprima (a mulge) sânul manual și a folosi corect pompa pentru extragerea laptelui*;
- să li se explice *modul corect de utilizare a laptelui stors*.

Toate mamele care doresc să stocheze laptele matern trebuie informate că **laptele se poate păstra**:

- până la 5 zile la frigider la 4 grade Celsius;
- până la 2 săptămâni în compartimentul congelator al frigiderului;
- și până la 6 luni într-un congelator cu temperaturi la minus 18 grade Celsius.

Sunt dovezi care arată că timpul optim de stocare a laptelui stors este de 96 ore la o temperatură de 0-4 grade Celsius. Laptele ținut la frigider își păstrează mai multe caracteristici decât cel ținut la congelator. Laptele congelat trebuie dezghețat la frigider; în niciun caz nu se va folosi cuptorul cu microunde în scopul decongelării sau încălzirii laptelui.

În cazul în care există indicii temeinice privind insuficiența laptelui matern, medicii de familie pot informa mamele privind **sistemele de nutriție suplimentară (pentru continuarea alăptării exclusive sau mixte la sân)**.

FORMULE DE LAPTE PENTRU SUGARI (AMESTECURI ADAPTATE)

În mod cert lucrătorii medicali trebuie să promoveze alimentația naturală a copilului, având în vedere beneficiile acesteia atât pentru copil, cât și pentru mamă. În lipsa laptelui matern, lucrătorii medicali trebuie să educe și să sprijine părinții cu privire la alimentația cu formulă de lapte. În situația în care, după informare și consiliere, mamele decid totuși să nu alăpteze, cadrele medicale trebuie să le ofere părinților sfaturi de utilizare a formulei pentru sugari, singura alternativă adecvată care să acopere nevoile nutriționale ale copilului și în condiții de siguranță.

În cazurile în care mama are lapte, dar este insuficient, copilul va fi alimentat mixt. Va fi pus obligatoriu la sân și i se va oferi lapte praf doar după ce a supt. Laptele praf se prepară înainte de fiecare masă și se administrează cu biberonul. În cazul în care mama nu poate alăpta (suferă de o boală contagioasă, hepatită B activă sau TBC, ori nu are secreție lactată), copilul va fi alimentat cu formule de lapte (lapte praf) adaptate vârstei. Formula de lapte pentru sugari adaptată fiecărei vârste este suficientă din punct de vedere nutrițional până la 6 luni, când începe alimentația complementară. Administrarea formulei de lapte se continuă până la cel puțin 12 luni sau, conform recomandărilor OMS și UNICEF regăsite în documentele OMS, până la 2 ani și după.

Laptele formulă poate fi administrat numai la recomandarea și cu îndrumarea lucrătorilor medicali și numai în situațiile în care este singura soluție. Iar mamele vor fi consiliate împotriva administrării oricărui lapte nonuman, în afara formulei, înaintea vârstei de 12 luni.

În alegerea laptelui praf se ține cont în special de vârsta copilului și de prezența eventualelor boli (alergii, boli metabolice, intoleranță la lactoză, alergie la proteinele din laptele de vacă), care fac necesară utilizarea unei formule speciale. Laptele praf va fi recomandat de medicul pediatru. Medicul trebuie să prescrie formula de lapte în mod individualizat, în funcție de vârsta de gestație, vârsta cronologică, antecedentele ereditare și particularitățile morfofuncționale și fiziologice ale fiecărui copil în parte. Alimentația cu formulă de lapte de vacă este potrivită pentru sugarii sănătoși născuți la termen și se recomandă înaintea formulelor preparate din soia, lapte de capră sau formule speciale cum ar fi cea fără lactoză. Formulele de lapte sunt ambalate și etichetate conform standardelor. Pe etichete sunt inscripționate vârsta de la care poate fi introdus (formulele de început sunt utilizabile de la naștere, iar cele de continuare sunt utilizabile de la 6 luni), cantitatea și proveniența proteinelor, conținutul în nutrienți, modul de preparare și păstrare înainte și după deschiderea cutiei. Lucrătorii medicali trebuie să cunoască faptul că laptele formulă trebuie reconstituit cu precizie și pregătit igienic și să demonstreze mamelor prepararea formulelor și modalitatea de hrănire. Mamele trebuie informate ce fel de lapte formulă este adecvat pentru copilul lor, care sunt costurile și riscurile nerespectării instrucțiunilor de preparare și depozitare.

Utilizarea tetinelor și a biberonului

Pentru a se alimenta, un copil are nevoie de coordonarea suptului, înghițirii și respirației. Nou-născutul prematur poate fi alimentat printr-un tub amplasat în stomac. Capacitatea de a suga și a înghiți este prezentă la 28 de săptămâni de sarcină, dar nu este pe deplin coordonată până la 32-34 de săptămâni. Acest lucru înseamnă că nou-născuții prematuri, la mai puțin de 32 de săptămâni de gestație, nu sunt, de obicei, în măsură să se hrănească în mod eficient la sân sau cu biberonul.

Pentru alimentația cu lapte praf este nevoie de biberoane și de mai multe tetine. Acestea se sterilizează înainte de utilizare, iar biberoanele se folosesc separat pentru lapte și pentru apă. Este necesar un sterilizator (cu aburi sau cu sterilizare chimică). Se poate folosi un dispozitiv de sterilizare cu abur, care ridică automat temperatura apei. În el se introduc ustensilele curățate și spălate și se adaugă apă conform instrucțiunilor. Se pornește aparatul care se va opri automat îndată ce sterilizarea s-a realizat. În lipsa acestuia, sterilizarea se poate face și prin fierbere. Înainte de sterilizare sticlele, tetinele, capacele, cuțitele se spală cu apă caldă și detergent de vase și cu o perie specială pentru sticle. Sterilizarea se realizează prin fierbere în apă timp de 5 minute. Ustensilele sterile se pot utiliza timp de 24 de ore. După 24 de ore se reia procedura de spălare și sterilizare, inclusiv a celor care au rămas nefolosite în acest interval. Tetinele și biberoanele sterilizate se păstrează într-un recipient cu capac. Biberoanele se scot din sterilizator cu o pensă mai mare. Resturile de lapte se îndepărtează cu o răzătoare de sticlă înainte de sterilizare. Dacă un copil s-a obișnuit să utilizeze o suzetă (supt inactiv) în timpul somnului, acesta nu ar trebui să fie oprit brusc în timpul primelor 26 de săptămâni.

Utilizarea căniței

În zonele unde sursa de apă este nesigură este de preferat utilizarea căniței, pentru că biberoanele se curăță mai greu, indiferent dacă sugarul este alimentat cu lapte formulă sau lapte stors. Utilizarea căniței la copilul alimentat mixt (la sân și cu lapte formulă) se recomandă deoarece modul de supt din biberon este diferit de cel de la sân, poate induce confuzie copilului, scurtând durata alăptării.

Avantajele utilizării căniței:

- poate fi ușor spălată cu apă și săpun, când nu e posibilă fierberea;
- probabilitatea de contaminare este mai puțin posibilă în comparație cu sticla;
- copilul alimentat din cană nu va refuza sânul mamei;
- cănițele se sterilizează până la vârsta de 12 luni.

Prepararea formulei de lapte

Învățați mamele să prepare laptele praf conform instrucțiunilor de pe ambalaj!

Se vor citi întotdeauna instrucțiunile, pentru a verifica cantitatea corectă de apă și de pulbere la masa respectivă. Se pregătește cu apă fiartă (clocotită timp de 15-20 de minute, pentru a distruge eventualii microbi) și răcită până când este caldută. Nu se prepară niciodată cu apă rece. Se poate utiliza apă specială pentru copii (*baby wasser*). Prima dată, se umple biberonul cu apă până la cantitatea dorită, conform instrucțiunilor, iar apoi se completează cu lapte praf cu lingura aflată în cutie. Se agită compoziția până la omogenizare.

Reguli:

- Nu se recomandă administrarea de lapte mai concentrat (mai multe măsuri la aceeași cantitate de apă), deoarece suprasolicită rinichii copilului.
- Copilul nu trebuie hrănit cu lapte rămas de la masa anterioară, pentru că laptele e un mediu foarte propice pentru bacterii și se poate suprainfecta ușor.
- Formula de lapte care a stat la temperatura camerei mai mult de o oră se aruncă. Formula de lapte care a fost la temperatura camerei timp de mai puțin de o oră, poate fi păstrată la frigider timp de până la maxim 24 de ore (într-un recipient steril). Reîncălzirea până la temperatura corpului se va face într-un recipient cu apă caldă, niciodată la cuptorul cu microunde.
- Se recomandă educarea părinților cu privire la modul de transportare a formulelor de lapte: astfel, transportarea formulelor de lapte deja preparate este nerecomandată, pentru că poate duce la dezvoltarea bacteriilor. Laptele cald deja preparat, care nu va fi administrat în maximum 30 de minute de la preparare, nu poate fi transportat tot din cauza riscului de suprainfecție cu bacterii. Apa caldă se transportă în termos și, separat, laptele praf în cutie. Totuși, preparat și refrigerat la mai puțin de 5 grade Celsius, el poate fi transportat în condiții de frig, dacă se respectă celelalte condiții de manipulare și stocare.

Cantitatea de lapte formulă recomandată

- Cantitatea de lapte consumată de un copil într-o zi se modifică în timpul primului an de viață. În primele zile începe de la 30-60 ml/kgcorp/zi și poate crește la aproximativ 150 ml/kgcorp/zi în primele șase luni. Uneori poate ajunge la 200 ml/kgcorp/zi, mai ales la prematuri. Către 12 luni, cantitatea se poate reduce la 100-90 ml/kgcorp/zi, deoarece în această perioadă copilul mănâncă și alimente solide. Existența variațiilor individuale trebuie cunoscută de către părinți. Un număr de cel puțin 6 scutece udate pe zi poate fi un indicator că totul este în regulă.
- Toți copiii trebuie monitorizați regulat. La cei hrăniți cu lapte formulă poate apărea o tendință spre constipație, cu scaune mai puține decât la cei alăptați. Trebuie verificat modul de pregătire a formulei de lapte în situația unui scaun uscat, iar în cazul diareei trebuie întreruptă alimentarea cu formula de lapte și oferită hrană de rehidratare.

În concluzie, în cadrul alimentării cu amestecuri adaptate (lapte formulă), se recomandă:

- avertizarea mamei să prepare formula de lapte doar pentru o masă, respectând cu strictețe instrucțiunile înscrise pe ambalaj, în condiții de siguranță și să arunce cantitatea rămasă neconsumată și care a stat la temperatura camerei timp de peste o oră;
- educarea părinților cu privire la spălarea și utilizarea ustensilelor, în alimentația cu formule de lapte a sugarilor;
- educarea mamei cu privire la cantitatea de lapte formulă oferită sugarului în 24 de ore;
- evitarea utilizării suzetei, tetinelor în cazul utilizării formulei pentru alăptare mixtă; se va folosi cănița, lingurița după vârsta de 6 luni sau sistemele de nutriție suplimentară.

ALIMENTAȚIA COPILULUI DE LA 6 LA 23 DE LUNI

Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind alimentația nou-născutului și a sugarului încurajează proaspetele mame să alăpteze exclusiv cel puțin în primele 6 luni de viață ale micuțului. Ulterior, în funcție de dorința și disponibilitatea mamei și a sugarului, este indicată continuarea alăptatului până la împlinirea vârstei de 2 ani și chiar mai mult.

Cu toate acestea, începând cu vârsta de 6 luni este esențial ca sugarul să beneficieze de o **alimentație complementară** corespunzătoare, care să acopere nevoile nutriționale și să îi asigure creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului în primii 2 ani de viață.

Alimentația complementară reprezintă introducerea unor alimente care fac trecerea de la alimentația exclusiv lactată la alimentația consistentă (termenul înlocuiește pe cel de alimentație diversificată). Este definită ca demararea procesului de adăugare a alimentelor solide și lichide, împreună cu laptele matern, când acesta din urmă nu mai satisface suficient nevoile nutriționale ale sugarului.

La sugarul sănătos, la vârsta de 6 luni, laptele matern nu mai poate asigura, ca singur aliment, necesarul caloric și de micronutrienți, fapt ce recomandă introducerea alimentelor semisolide. Copilul și-a dublat greutatea de la naștere și devine mult mai activ, iar dezvoltarea sa arată că este pregătit pentru alte alimente decât lapte, sistemul său digestiv fiind suficient de matur ca să digere amidonul, proteinele și grăsimile. Dezvoltarea copilului la această vârstă permite introducerea altor alimente, iar neintroducerea alimentelor complementare la vârsta de 6 luni sau/și introducerea lor necorespunzătoare poate afecta creșterea copilului.

Se recomandă ca alimentația complementară să fie introdusă la această vârstă, indiferent dacă sugarul este alăptat sau hrănit cu formulă de lapte, în timp ce alăptarea sau hrănirea cu formula de lapte se continuă până la 12 luni și peste.

În alimentația complementară sunt recomandate, pentru început, alimente special preparate pentru sugar, numite tranzitionale (între alăptare și meniul obișnuit al familiei), constituite din alimente semisolide, cu densități energetice și caracteristici nutriționale adecvate sugarului.

OMS nu setează scheme de diversificare (cu ce alimente să începem diversificarea, în ce ordine să introducem alimentele solide) și nici nu recomandă o anumită metodă de diversificare a alimentației sugarului, însă recomandă respectarea unor principii de bază atunci când începem diversificarea.

Principiile generale de diversificare a alimentației sugarului, stabilite de OMS, după care ar trebui să ne ghidăm, sunt:

- continuarea alăptării frecvente, la cerere până la vârsta de 2 ani și peste;
- începerea diversificării la 6 luni, cu cantități mici și creșterea acestei cantități gradual pe măsură ce copilul crește în vârstă;
- creșterea graduală a consistenței și varietății mâncării;
- diversificarea adecvată, în scopul asigurării necesarului nutritiv și energetic al copilului;
- alimentarea responsabilă cu aplicarea principiilor îngrijirii psihosociale;
- menținerea unei igiene corespunzătoare și preparare adecvată a alimentelor, pentru prevenirea contaminării;
- creșterea numărului de mese: 2-3 mese pe zi pentru sugari cu vârsta între 6 și 8 luni și 3-4 mese pe zi pentru copiii cu vârsta între 9 și 23 de luni, plus 1-2 gustări în funcție de necesități;
- utilizarea alimentelor solide fortificate sau suplimente de vitamine și minerale, dacă este cazul;

- pe perioadele de boală creșterea aportului de fluide, inclusiv creșterea numărului de alăptări și oferirea mâncărilor moi, preferatele copilului.

În cazul copiilor nealăptați la piept se va ține cont că:

- mesele sugarilor sănătoși și nealăptați să fie furnizate de patru-cinci ori pe zi, la care se adaugă gustări nutritive suplimentare, oferite o dată sau de două ori pe zi, după cum dorește copilul;
- copiii nealăptați și copiii mici au nevoie în plus de cel puțin 400-600 ml de fluide/zi într-un climat temperat și de 800-1200 ml / zi într-un climat cald;
- se va crește consumul de lichide în timpul îmbolnăvirilor.

Alimentele potrivite pentru diversificare

- sunt bogate caloric, în proteine și micronutrienți (în special fier, zinc, calciu, vitamina A, vitamina C și folați);
- sunt curate și sigure (fără patogeni, fără toxine și chimicale dăunătoare, fără oase și bucăți dure ce pot asfixia copilul, nu sunt foarte fierbinți);
- nu sunt sărate sau piperate;
- sunt ușor de consumat de către copil;
- sunt agreate de copil;
- sunt disponibile și familia și le permite;
- sunt ușor de preparat;
- un alt aspect de menționat este că OMS face referire la termenul de mâncăruri ale familiei, practic copilul diversificat ar trebui familiarizat cu hrană preparată din mâncărurile familiei.

INTRODUCEREA ALIMENTELOR COMPLEMENTARE

Introducerea alimentației complementare va urma următoarele reguli:

- sugarul să fie sănătos;
- noile alimente se vor introduce progresiv; câte un aliment pe zi, păstrându-se un interval de 4 zile între ele, pentru a vedea dacă sugarul tolerează bine alimentul oferit și a evita apariția alergiei și a intoleranței la aliment;
- sugarul va fi monitorizat atent datorită faptului că orice aliment nou poate fi alergizant;
- cantitatea din noul aliment va crește în trepte de 30-50 ml pe zi;
- alimentele noi vor fi date în stare semisolidă, cu lingurița;
- se combate adăugarea zahărului pentru modificarea gustului;
- până la apariția dinților, alimentele vor fi pasate, apoi triturate;
- făinurile care conțin gluten (grâu, orz, ovăz, secară) se vor introduce după vârsta de 7-8 luni, evitându-se astfel manifestările precoce ale celiachiei, boală condiționată genetic; până la această vârstă vor fi oferite sugarului făinuri fără gluten (orez, porumb, hrișcă);
- alimentul nou va fi propus, și nu impus, evitându-se anorexia psihogenă;
- ordinea introducerii alimentelor va fi adaptată personalității sugarului și stării lui de nutriție;
- în marea majoritate a cazurilor se va începe cu legume (morcovi, cartofi, dovlecei, țelină, păstârnac, pătrunjel, ardei gras, roșii, frunză de salată, ștevie, spanac), care vor fi pasate;

- pireul va fi îmbogățit caloric cu ulei, iar în momentul servirii se vor adăuga câteva frunze de pătrunjel sau mărar, pentru aportul de vitamina C;
- masa de legume va înlocui progresiv masa de lapte de la orele 12.00-14.00;
- în cazul sugarilor cu stare nutrițională deficitară, primul aliment introdus în alimentația complementară va fi făinosul fără gluten (făina de orez, făina de porumb), care are o valoare energetică crescută;
- la 3-4 zile de la introducerea pireului de legume se va introduce pireul de fructe (măr crud sau copt, pere, caise, piersici; iar în intervalul 9-10 luni – pepene galben, banane); după vârsta de 12 luni copilul poate primi și alte fructe cu potențial alergizant – căpșuni, mure, fragi, zmeură, portocale, mango; piureul de fructe nu se va îndulci;
- în funcție de preferințele copilului și de sezon, introducerea fructelor o poate preceda pe cea a legumelor;
- de 3-4 ori pe săptămână, masa de prânz (de legume) va fi completată cu carne de pasăre, vițel sau vită, care va fi introdusă progresiv începând cu 30 g/zi (1 lingură cu vârf), trecând la 60 g/zi și apoi la 90 g/zi; carnea va fi fiartă separat de legume;
- după 7 luni se poate introduce gălbenuș de ou, fiert foarte tare (8-10 minute); gălbenușul de ou va fi frecat în piureul de cartofi, deoarece amidonul din cartof crește digestibilitatea oului și disponibilitatea Fe conținut în ou; albușul este alergizant și nu se dă copilului mai mic de 1 an;
- carnea introdusă, de asemenea, după 7 luni și oul pot fi date alternativ, astfel încât copilul să primească zilnic proteină fie de ou, fie de carne;
- după vârsta de 7 luni se poate introduce iaurtul, preferabil făcut în casă, din lapte fiert sau lapte praf integral;
- la 10-11 luni sugarului i se poate da pește alb fiert, budinci din legume, paste făinoase, perișoare, (preparate numai cu gălbenuș), mămăliguță cu brânză și smântână, prăjituri de casă cu mere, brânză, chisel de fructe;
- mesele complementare vor fi suplimentate cu laptele de mamă, până la acceptarea totală a alimentelor de înlocuire. După fiecare masă care se dorește înlocuită se poate da sân, pentru a stimula secreția lactată și a aduce un surplus de lichide; la celelalte mese, copilul va fi pus la sân înainte de masă;
- se va institui „ritualul” mesei, cu o ambianță calmă, stimulativă, fără a folosi televizorul, jocuri și jucării pentru a-l face să mănânce;
- calitatea alimentului este importantă, iar familiile care au posibilitatea să o facă vor oferi copilului pe cât posibil alimente și produse din gospodăria proprie, legume sau cereale cultivate pe teren fără îngrășăminte chimice; nu se vor da copilului alimente contaminate;
- preparatele industriale pentru sugar au ca avantaje compoziția standardizată după criterii internaționale, precum și securizare toxică și bacteriologică; ca dezavantaje pot fi citate faptul că trebuie folosite în decurs de 24 de ore de la deschiderea cutiei și au un preț ridicat;
- se recomandă evitarea oferirii sucului copiilor între 6 și 12 luni, iar după 1 an doar în cantități limitate la 120-180 ml/zi și de preferință diluat cu apă și niciodată seara, înainte de culcare (sucul de fructe nu poate fi considerat un înlocuitor al fructelor, deoarece nu conține fibre, iar consumul exagerat al sucului de fructe este asociat cu simptome gastrointestinale (diaree, flatulență, distensie abdominală, precum și cu tulburări ale creșterii în greutate sau obezitate, putând crește totodată riscul de carii și eroziuni dentare din cauza acidității). Copiii trebuie încurajați să consume fructele întregi;

- ceaiul nu este recomandat sugarilor, deoarece prin conținutul său poate reduce disponibilitatea fierului și a altor minerale, iar zahărul adăugat adesea crește riscul de carii dentare;
- se recomandă interzicerea oferirii de ceaiuri, cafea sau orice altfel de băuturi îndulcite cu zahăr (băuturi răcoritoare sau siropuri) sugarilor;
- trebuie evitată, chiar eliminată, oferirea dulciurilor concentrate, a băuturilor din comerț (care conțin conservanți), a sosurilor grase și condimentelor agresive. Nu se vor da sugarului alimente care pot fi aspirate (nuci, alune, semințe, boabe de porumb, bomboane și floricele), și nici alimente alergizante (ciocolată, cacao, fructele menționate anterior);
- meniurile vegetariene sunt contraindicate la sugar;
- se interzice consumul de sare la copiii până la 24 de luni și a mierii până la 12 luni (mierea poate conține spori de *Clostridium botulinum* și nu ar trebui să fie administrată sugarilor până la vârsta de 1 an, direct sau prin ungerea tetinelor înainte de a fi oferite sugarilor).

**Tipurile de alimente și cantitățile orientative recomandate în
alimentația copiilor de 6 luni – 3 ani**

Vârsta Produse	6 luni	7 luni	8 luni	9 luni	10-12 luni	2 ani	3 ani
Lapte* 	Lapte matern la cerere, minim de 5-6 ori în 24 ore, inclusiv noaptea					Lapte matern, lapte praf sau produse lactate acidofile	
Suc de fructe 	50 ml	50 ml	50 ml	50 ml	50 ml	150 ml	150 ml
Fructe* 	50 g	50 g	50 g	50 g	50 g	100 g	100 g
Brânză de vaci 	40 g	40 g	40 g	40 g	50 g	60 g	80 g
Gălbenuș 	-	1/4	1/3	1/2	1/2	3/4	1
Pireu de legume 	60-80 g	130 g	150 g	160 g	160 g	200 g	250 g
Unt 	2 g	3 g	4 g	5 g	5 g	10 g	10 g
Ulei vegetal 	1 linguriță pentru cafea	1 linguriță pentru cafea	1 linguriță pentru cafea	1 linguriță pentru cafea	1 linguriță pentru cafea	1 linguriță pentru cafea	1 linguriță pentru cafea
Terci de cereale 	10-60 ml (fără gluten)	150 ml	160 ml	180 ml	180 ml	200 ml	250 ml

Carne 	-	5-10 g (1-2 lingurițe pentru cafea)	10-15 g (2 lingurițe pentru cafea)	20 g (3 lingurițe pentru cafea)	4 lingurițe pentru cafea	6 lingurițe pentru cafea	6 lingurițe pentru cafea
Pește 	-	-	10-15 g (2 lingurițe pentru cafea)	20 g (3 lingurițe pentru cafea)	4 lingurițe pentru cafea	6 lingurițe pentru cafea	6 lingurițe pentru cafea
Pâine, biscuiți, paste fine 	-	-	Adaptate capacităților copilului de masticăție, înghițire și digestie				
Apă de băut 	În caz de febră sau la tempera- tură sporită a mediului	După sau între mese, câte 10-20 ml (50-120 ml în zi), în funcție de anotimp, caracterul alimentației și dorința copilului.				La cerere, în funcție de nevoia copilului	
Sare 	-	Nu este recomandată					
Zahăr, dulciuri (prăjituri, tort, ciocolată, etc.) 	-	Nu sunt recomandate, evitați-le					

* În cazul imposibilității alăptării la sân, consultați medicul pentru a selecta substituenții de lapte conform vârstei copilului!

** Foarte coapte, proaspete sau preparate, omogenizate în pireu sau zdrobite

Cel mai important factor de care se va ține seama la demararea alimentației complementare se referă la conținutul de nutrienți: fier, zinc, grăsimi, proteine, vitamine și alte minerale esențiale, astfel că hrana oferită trebuie să fie de densitate mare și să includă o varietate mare de alimente din fiecare grupă.

Pentru o creștere optimă a copilului între 6 și 23 de luni, OMS recomandă ca **alimentația complementară să asigure zilnic hrană din cel puțin 4 grupe alimentare dintre următoarele 7:**

1. cereale, rădăcinoase, tuberculi;
2. leguminoase/păstăioase;
3. produse lactate (lapte, iaurt, brânză);
4. carne, pește, ficat de pasăre/alte organe;
5. ouă;
6. legume și fructe de culoare galbenă și portocalie;
7. alte fructe și legume.

Introducerea de alimente solide să înceapă cu alimente care conțin fier, inclusiv cereale îmbogățite cu fier pentru sugari, carne pasată de pasăre sau soia, legume, fructe și produse lactate, cum ar fi iaurtul de casă cu grăsimi integrală, crema de brânză.

Pe durata alimentației complementare, sugarul va fi monitorizat în ceea ce privește starea generală, curba ponderală și starea scaunelor.

Sfaturi mamei:

- continuarea alăptării la cerere;
- respectarea igienei în prepararea alimentelor pentru prevenirea contaminării;

- asigurarea nu numai a diversității, ci și a cantității necesare creșterii și dezvoltării la fiecare etapă de vârstă, cantități asigurate prin frecvența, mărimea și consistența porțiilor primite de copil în perioada dintre 6 și 23 de luni;
- respectarea principiilor de către mamă a îngrijirii psihosociale (mama în timpul alimentării copilului este calmă și răbdătoare; nu forțează copilul să mănânce; nu întrerupe copilul în timpul mesei din lipsă de răbdare; nu lasă copilul să facă ce vrea);
- copilul este încurajat să mănânce, părinții/îngrițorii trebuie să încurajeze copilul să mănânce zâmbind, propunându-i supliment și nu trebuie să-l sperie, să-l oblige sau să-și arate supărarea față de copilul ce refuză să mănânce. Aceasta va produce o reacție inversă, în urma căreia copilul va mânca puțin sau va refuza;
- copilul necesită farfurie separată și nu trebuie să împartă hrana din aceeași farfurie cu frații și surorile mai mari;
- atât timp cât copilul nu e capabil să mănânce de sine stătător, mama sau altă persoană care-l îngrijește vor sta alături de copil în timpul mesei și-l vor ajuta să ducă lingura la gură;
- în cazul în care copilul va încerca să ia cu mâna bucăți mici de mâncare, lui trebuie să i se permită să dezvolte această deprindere. Oferind copilului posibilitatea de a mânca alimentele cu mâna, puteți mări interesul lui față de mâncare;
- la finele primului an de viață unii copii pot manifesta dorința de a se alimenta singuri cu lingura. Mamele trebuie să manifeste răbdare și să stimuleze această abilitate la copil;
- se va crește frecvența alăptării în timpul îmbolnăvirilor și copilul va fi încurajat să mănânce alimente moi, variate, apetisante, preferate. În convalescență copilul va fi stimulat să mănânce mai des decât de obicei și mai mult, până când greutatea copilului este recuperată.

Continuarea alăptării

Conform diferitor studii internaționale, alăptarea exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării până la 12 luni este intervenția preventivă cu cel mai mare impact în reducerea mortalității infantile (13%), în timp ce alimentația complementară începută la 6 luni împreună cu continuarea alăptării s-a clasat a III-a (6%).

Astfel, alăptarea exclusivă la sân până la 6 luni, continuarea alăptării până la 12 luni și diversificarea corectă a alimentației de la 6 luni pot preveni aproape 1/5 din mortalitatea copiilor sub cinci ani. Cel mai mare impact a fost legat de reducerea morbidității și mortalității prin diaree și pneumonie.

Laptele de vacă, capră, oaie nemodificat este nerecomandat înainte de 12 luni din cauza diferențelor mari de conținut în proteine și electroliți față de laptele uman. Alimentarea copiilor cu lapte de vacă înainte de împlinirea vârstei de 12 luni induce dezvoltarea anemiilor fierodeficitare la copii.

Se recomandă continuarea alăptării până la vârsta de cel puțin 12 luni, după care încetarea alăptării este alegerea mamei și/sau copilului.

Numărul meselor

Conform surselor citate în documentele OMS, copiii alăptați primesc la vârsta de 12-23 luni, în medie, 35 - 40% din necesarul de energie totală din laptele matern, restul de 60 - 65% fiind acoperit de alimente complementare.

Numărul de mese depinde de cantitatea de energie necesară copilului, de cantitatea de alimente pe care le poate mânca la o masă și de densitatea energetică a alimentelor. Aportul energetic va trebui să acopere diferențele dintre necesarul energetic pentru vârstă și aportul energetic din lapte.

În alimentația complementară a copilului se recomandă creșterea numărului de mese odată cu creșterea în vârstă a acestuia.

Astfel, **numărul de mese zilnice** la copilul alăptat ar trebui să fie de:

- 2-3 mese pe zi la 6-8 luni;
- 3-4 mese pe zi la 9-11 luni;
- 3-4 mese pe zi și 1-2 gustări hrănitoare pe zi la 12-23 de luni.

O gustare înseamnă alimente consumate între mese. Va fi încurajată autohrănirea cu alimente ușoare și comod de preparat. Dacă densitatea de energie sau cantitatea de alimente la o masă sunt scăzute, atunci se va crește numărul meselor în cursul unei zile.

Se recomandă ca la calcularea cantității de alimente necesare unui sugar să se ia în considerare aportul energetic necesar, capacitatea stomacului și densitatea de energie a alimentelor care urmează a fi consumate.

Vârsta	Energia necesară zilnic, pe lângă laptele matern	Textura	Frecvența	Cantitatea medie consumată de copil la o masă
6 - 8 luni	200 kcal/zi	Se începe cu un terci gros, mâncarea bine pasată	2-3 mese pe zi; în funcție de apetitul copilului pot fi oferite și 1-2 gustări	Se începe cu 2-3 lingurițe la o masă, crescând treptat până la 1/4 dintr-un bol de 250 ml
9 - 11 luni	300 kcal/zi	Alimentele tăiate mărunt sau pasate. Și alimente pe care copilul le poate lua cu mâna	3-4 mese pe zi; în funcție de apetitul copilului pot fi oferite 1-2 gustări	1/3 dintr-un bol de 250 ml
12 - 23 luni	550 kcal/zi	Mâncarea familiei, tăiată sau pasată, dacă este necesar	3-4 mese pe zi; în funcție de apetitul copilului pot fi oferite 1-2 gustări	Între ½ și un bol de 250 ml

Cantitatea de alimente pe care o poate mânca la o masă sugarul depinde de capacitatea stomacului. Se știe că, de obicei, aceasta este de 30 ml/kg/corp de masă corporală. De exemplu: la 8 kg un copil are o capacitate a stomacului de 240 de ml, cât o cană, aceasta fiind cantitatea totală pe care copilul respectiv o poate mânca la o masă.

Una dintre cele mai frecvente erori în alimentația complementară este pregătirea unor preparate cu densitate energetică și concentrație de micronutrienți redusă, care este rezultatul preparării alimentelor semisolide, realizată de obicei prin diluarea excesivă cu apă a pireurilor (pasarea unor alimente – carne, cereale, legume).

Totodată, părinții/îngrijitorii necesită să fie familiarizați cu porția de alimente:

- porția pentru legume se referă la o cană de legume verzi crude, cu frunze (spanac, salată etc.);

sau o jumătate de cană de alte legume – fierte sau crude tocate (roșii, fasole etc.); sau o jumătate de cană de suc de legume;

- porția pentru fructe se referă la o singură bucată de fruct (mere, kiwi, banană etc.); sau o jumătate de cană de fructe tocate, fierte sau conserve de fructe; sau o jumătate de cană de suc de la un fruct, fără adaos de arome artificiale.

EVALUAREA PRACTICILOR ÎN ALIMENTAȚIA COMPLEMENTARĂ

Lucrătorii medicali vor monitoriza statusul nutrițional al copilului prin evaluarea sistematică a alimentației complementare și a creșterii și dezvoltării copilului. Creșterea și dezvoltarea copilului în lungime și greutate, documentată prin curbele de creștere ale copilului în raport cu standardele propuse de OMS ca referință pentru copiii de aceeași vârstă/sex, și mai ales tendințele curbelor, constituie cel mai bun indiciu al unei alimentații complementare adecvate.

Pentru a preveni situația în care deficiențele și erorile în alimentația complementară vor afecta vizibil procesul de creștere și dezvoltare, se recomandă în cadrul vizitelor de supraveghere a copilului, efectuate la domiciliu, asistentul medical să facă evaluarea periodică a practicilor alimentare, utilizând chestionarul propus de OMS în acest sens profesioniștilor din asistența primară (anexa 1)

Reguli generale pentru transportul, depozitarea, prepararea și păstrarea alimentelor destinate sugarilor și copiilor sub 2 ani

Se recomandă respectarea condițiilor de siguranță în transportul, depozitarea, pregătirea, gătitul și servirea alimentelor complementare pentru copil:

- se va evita consumul laptelui nepasteurizat sau va fi fiert înainte de consum;
- se vor evita alimente care conțin ouă crude sau lapte nepasteurizat;
- se va evita cumpărarea și consumul de produse alimentare care au ambalaje defecte, sigilii necorespunzătoare sau care prezintă semne de deteriorare, precum și conținutul cutiilor umflate, cu scurgeri sau cu miros neobișnuit. Procurarea produselor refrigerate sau congelate se face la finalul sesiunii de cumpărături, pentru evitarea încălzirii sau dezghețării acestora. În acest scop se recomandă utilizarea, pe cât e posibil, a pungilor frigorifice;
- se va verifica data de expirare a produselor alimentare ambalate înainte de a fi cumpărate sau/și consumate;
- se va citi întotdeauna eticheta pentru instrucțiuni de păstrare a produselor alimentare cumpărate;
- produsele alimentare vor fi depozitate în cutii speciale, așezate în dulapuri curate, departe de produse chimice;
- alimentele gata pentru consum (exemplu: biscuiți, pâine) se vor depozita separat de cele care necesită pregătire prealabilă, chiar și numai prin spălare, pentru prevenirea contaminării încrucișate. În congelator, alimentele se păstrează în pungi sigilate complet, pentru a evita uscarea suprafeței acestora (uscarea afectează calitatea, nu și siguranța);
- alimentele deja preparate vor fi acoperite și așezate pe un raft mai sus decât cele nefierte, iar carnea crudă se va pune în recipiente închise, așezate în așa fel încât să se prevină picurarea de suc de carne peste alte alimente;
- etajerele, rafturile, ușile frigiderului și congelatorului vor fi curățate cu regularitate, dar și de îndată ce apar scurgeri accidentale, iar temperatura optimă trebuie să fie de 5°C sau mai mică;
- reîncălzirea alimentelor se va face în baie de abur sau prin fierbere. Se vor evita alimentele reîncălzite de mai multe ori.

PRINCIPIILE DE BAZĂ ÎN ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ A COPILULUI CU VÂRSTA DE PESTE 24 DE LUNI

Alimentația sănătoasă pentru un copil mai mare de 24 de luni implică respectarea a **trei principii de bază**, și anume:

- *varietate alimentară*, ceea ce înseamnă consumul de alimente din toate grupele și subgrupele alimentare (menționate anterior);
- *proporționalitate*, adică un consum mai mare de anumite alimente precum cereale integrale, legume, fructe, lapte și produse lactate și mai puține alimente cu un conținut crescut de grăsimi și adaos de zahăr;
- *moderație*, adică alegerea unor alimente cu un aport scăzut de grăsimi saturate (unt, untură, carne grasă) și a celor cu zahăr adăugat.

În alimentația copilului mai mare de 2 ani trebuie de ținut cont că nevoile nutriționale ale copiilor sunt similare cu ale celorlalți membri ai familiei, dar nevoia diferă în funcție de vârstă. Aportul alimentar este adecvat dacă asigură o creștere staturală și ponderală evidențiată prin compararea parametrilor creșterii cu curbele standard.

Totodată, un copil crește în salturi, ceea ce este reflectat și printr-o variație a apetitului său. În cazul copilului mic, este necesar ca părintele să rămână calm, chiar atunci când copilul nu mănâncă toată cantitatea oferită. Copiii preșcolari pot avea preferințe alimentare care de obicei sunt tranzitorii și dispar dacă nu sunt întărite de stări emoționale ale familiei.

În alcătuirea meniului unui copil peste 2 ani recomandăm folosirea **piramidei alimentare**, un instrument util în stabilirea unei alimentații echilibrate, care reprezintă proporția optimă a diferitor produse alimentare în rațiunea copilului, pentru o creștere armonioasă.

Piramida alimentară exprimă nevoile nutritive din fiecare grupă alimentară sub formă de porție nutritivă. O porție nutritivă este exprimată cantitativ în grame sau are ca unitate de măsură ceașca de 200 ml. Numărul de porții nutritive dintr-o anumită grupă se stabilește în funcție de necesarul de calorii al copilului, care depinde de rându lui de vârstă, sex, dezvoltarea corporală și gradul de activitate.

Alimentele sunt aranjate în piramidă de la bază spre vârf, în funcție de cantitatea ce trebuie consumată zilnic:

- la bază sunt cerealele, alimente cu conținut ridicat de amidon: pâine, cereale, orez, cartofi. Acestea vor reprezenta 1/3 din alimentația zilnică a copilului și vor constitui 6-11 porții/zi (o porție echivalează cu o felie de pâine, 5-6 biscuiți mici, ½ ceașcă de cereale, orez sau paste gătite, un cartof copt);
- urmează *legumele*, cantitatea recomandată fiind de 3-5 porții/zi (o porție fiind ½ ceașcă de legume gătite sau crude, mărunț tăiate);
- *fructele* – 2-4 porții pe zi (o porție fiind ½ ceașcă de fructe mici sau tăiate mărunț, ½ banană, 1 măr, ½ ceașcă de suc);
- grupa proteinelor include *carne, pește, ouă, boboase uscate*, cantitatea recomandată fiind de 2-3 porții, în total 70-100 grame/zi;
- aceeași importanță o au *produsele lactate*; se recomandă consumul a 3-4 porții/zi (o porție echivalând cu 1 ceașcă de lapte, 50 gr brânză de vaci);

- la vârful piramidei se află *uleiurile, grăsimile și dulciurile* – acestea vor fi incluse în dieta copilului în cantități mici, fiind consumate *ocazional*.

Piramida alimentară



Cum se introduce un aliment nou în alimentația copilului mic (după 24 de luni):

- alimentele noi trebuie prezentate într-o formă atractivă și cu semnificație pentru copil;
- alimentul nou trebuie să fie oferit la începutul mesei, când copilului îi este foame;
- alimentul nou trebuie să fie oferit împreună cu un aliment cunoscut;
- un aliment refuzat trebuie reintrodus cu grijă și calm în diferite perioade ale zilei.

Ce le spunem părinților?

- alimentația copilului trebuie să cuprindă o varietate largă de alimente din grupele de bază: pâine, cereale, orez și paste făinoase; vegetale; fructe; lapte, brânză și iaurt; carne, pui, pește, fasole și ouă;
- masa trebuie planificată, iar copilul mic trebuie să ia masa înainte de a-i fi foarte foame, de a fi obosit sau iritat;
- e bine să i se ofere copilului câteva variante de alimente la alegere și cel puțin un aliment favorit;
- pentru asigurarea rației zilnice de nutrienți, mesele principale vor fi completate cu gustări formate din cereale cu lapte, sandwich-uri, fructe, sucuri de fructe, iaurt simplu sau iaurt cu fructe preparat în casă, brânză;
- pentru copiii preșcolari o modalitate de stimulare a poftei de mâncare este ca alimentele din meniu să aibă consistență și culori diferite;
- e bine să i se ofere copilului o cantitate adecvată de mâncare; o modalitate practică de stabilire a cantității de mâncare la copilul mic, în lipsa tabelelor și a graficelor, este de a-i servi o lingură din fiecare grup alimentar pentru fiecare an de vârstă al copilului;
- copilul să ia parte la masă cu familia;
- masa copilului se încheie când devine neliniștit, nu manifestă interes sau s-a săturat.

MĂSURĂTORI ANTROPOMETRICE PENTRU EVALUAREA CREȘTERII, DEZVOLTĂRII ȘI STĂRII DE NUTRIȚIE LA COPIL

Antropometria este definită ca știința măsurării mărimii, greutateii și a proporțiilor corpului uman. Aceasta implică obținerea măsurătorilor fizice ale unui individ și raportarea acestora la un standard. Aceste măsurători pot fi folosite ca indicatori valoroși pentru sănătate, dezvoltare și creștere a sugarilor, copiilor și adolescenților.

Avantajele măsurătorilor antropometrice în evaluarea nutrițională a sugarilor, copiilor și adolescenților:

1. Sunt implicate tehnici simple, sigure, neinvazive, care pot fi utilizate atât pentru persoane fizice, cât și pentru grupuri mari de populație.
2. Este necesar un echipament necostisitor, portabil și durabil.
3. Personalul necalificat poate fi instruit să efectueze procedurile de măsurare cu precizie relativă.
4. Metodele pot fi precise și exacte, dacă se utilizează tehnici standardizate și personal instruit.
5. Se poate identifica malnutriția ușoară până la moderată, precum și stările severe de sub- sau supranutriție.
6. Modificările stării nutriționale pot fi evaluate în timp.
7. Testele de screening care identifică indivizii cu risc crescut pentru sănătate pot fi efectuate.

Activitățile clinice legate de monitorizarea și promovarea creșterii și dezvoltării sănătoase a copilului la nivel individual includ:

1. Măsurarea cu precizie a greutateii, taliei (lungimea sau înălțimea) și a circumferinței craniene;
2. Proiecția grafică precisă a măsurătorilor pe graficul de creștere corespunzător;
3. Interpretarea corectă a curbei de creștere a copilului;
4. Discutarea acestora cu aparținătorii și stabilirea de comun acord a acțiunilor ulterioare în funcție de situație, individual.

Evaluarea creșterii și dezvoltării ar trebui să aibă loc la fiecare dintre consultațiile preventive periodice ale copilului.

Intervalele de monitorizare recomandate sunt în termen de:

- a) în primele zile după externarea din maternitate;
- b) 10-14 zile de la naștere;
- c) 4 săptămâni de la naștere (o lună);
- d) 6 săptămâni (1,5 luni);
- e) două luni;
- f) patru luni;
- g) șase luni;
- h) nouă luni;
- i) douăsprezece luni;
- j) optsprezece luni (1 an 6 luni).

k) douăzeci și patru de luni (2 ani);

l) anual, începând cu vârsta de 3 ani.

Evaluarea creșterii ar trebui să aibă loc, de asemenea, cu ocazia consultațiilor pentru afecțiuni acute sau pentru probleme de sănătate, deoarece bolile pot afecta creșterea, dezvoltarea și starea de nutriție, atât pe termen lung, cât și mediu și scurt.

PREGĂTIREA PENTRU MĂSURAREA GREUTĂȚII ȘI LUNGIMII/ÎNĂLȚIMII

Se explică mamei (apartinătorului), în funcție de capacitatea de înțelegere a copilului și acestuia, care este motivul acestor măsurători și în ce constă fiecare procedură. În timpul măsurării, copilul (iar la sugarii ținuti în brațe) și mama trebuie să stea nemișcați. La cântărire se vor îndepărta hainele exterioare ale copilului până la lenjeria de corp. Sugarii trebuie complet dezbrăcați, pentru a obține o greutate exactă.

Se vor îndepărta accesoriile de păr sau altele (căciulițe, băscuțe etc.) în timpul măsurărilor lungimii/înălțimii.

Până în momentul cântăririi, sugarul dezbrăcat complet va fi ținut în brațele altei persoane și va fi învelit cu o pătură. În situația în care este prea frig ca să fie dezbrăcat, se va cântări îmbrăcat și se va nota acest fapt în fișa copilului. Copilul trebuie să fie liniștit pe toată perioada măsurării, pentru realizarea cu acuratețe a procedurii.

MĂSURAREA GREUTĂȚII

La naștere greutatea medie normală este de 3000-3500 g, fiind considerată cel mai valoros indicator al nutriției și al creșterii, necesitând evaluare periodică activă.



Pentru măsurarea greutății copilului se va utiliza un cântar portabil pentru sugar, iar în instituție se recomandă utilizarea unui cântar construit solid și durabil, care măsoară până la 150 kg, are o precizie de 0,1 kg (100 g) (de preferat cele care pot fi resetate) și cu citire digitală.

Cântarele vor fi verificate tehnic la achiziționare și apoi etalonate periodic de un serviciu de metrologie. Dacă precizia măsurătorii depășește 0,1 kg la determinări repetate, cântarul va fi reparat de un specialist sau va fi înlocuit.

Acolo unde sunt dificil de achiziționat cântare cu aceste caracteristici, se pot utiliza și cântare clasice sau electronice, care au fost însă calibrate. Toate cântarele utilizate trebuie să fie așezate pe o suprafață plană, dură. Înainte de cântărire, mama sau copilul capabil să stea singur în picioare își va scoate pantofii și se va așeza pe centrul cântarului.



În timpul vizitelor cu copilul sănătos la medicul de familie și în cazul în care copilul are vârsta mai mică de 2 ani sau nu poate sta singur în picioare, se cântărește mama, apoi mama cu copilul în brațe. Se rețin și se notează ambele valori, apoi se scade valoarea obținută la cântărirea mamei din cea a mamei cu copilul în brațe. Rezultatul scăderii reprezintă greutatea copilului.

În cazul utilizării unui cântar care poate fi resetat, se cântărește mama, se resetează la zero cântarul în timp ce mama rămâne pe cântar și apoi i se dă copilul în brațe și se notează valoarea indicată de cântar. Aceasta este greutatea copilului. În cazul în care copilul este mai mare de 2 ani și poate sta în picioare, va fi cântărit singur după ce i se vor da explicații despre ce urmează să se întâmple și își va îndepărta hainele exterioare și pantofii.

Se citește greutatea și se exprimă în kilograme cu zecimale în fișă și pe graficele de creștere corespunzătoare sexului și vârstei.

Până în prezent a fost elaborat un spectru larg de echipamente speciale – cântare mecanice și digitale, staționare și portabile.

Echipamente pentru măsurarea greutății la copii:



a) cântar mecanic staționar



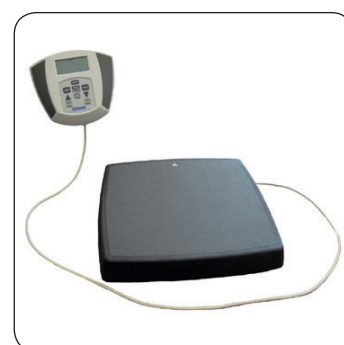
b) cântar digital staționar



c) cântar portabil pentru sugari



d) cântar digital portabil



e) cântar digital portabil pentru adulți și copii mai mari de 2 ani

MĂSURAREA TALIEI (LUNGIME/ÎNĂLȚIME)

Creșterea normală se realizează după un tipar relativ predictibil. Viața intrauterină este caracterizată de o creștere rapidă, influențată fiind, în primul rând, de sănătatea și alimentația mamei. Urmează apoi o creștere mai puțin rapidă în perioada de sugar, datorită factorilor genetici care joacă un rol mai important decât condițiile intrauterine ce au determinat inițial creșterea fetală.

Nou-născutul la termen are în medie 49-50 cm, cu limitele normale între 48 și 54 cm.

La vârsta de 1 an talia atinge 70-72 cm, deci se mărește cu 20-27 cm (în medie 25 cm).

De la 1 la 2 ani talia se mărește cu 10-12 cm.

Între vârsta de 2 ani și începutul pubertății (9-11 ani la fete și 10-14 ani la băieți) are loc o creștere mai lentă, relativ constantă, cu 4-6 cm/an.

În funcție de vârsta și capacitatea copilului de a sta în picioare, se pot măsura lungimea sau înălțimea. **În cazul copiilor cu vârsta sub 2 ani se măsoară lungimea, iar peste 2 ani se măsoară**

Înălțimea. Lungimea se măsoară culcat, iar înălțimea este măsurată stând în picioare. În general, înălțimea (măsurată stând în picioare) este cu 0,7 cm mai mică decât lungimea (măsurată culcat). Graficele de creștere elaborate de OMS iau în considerare acest lucru. Dacă se procedează altfel, se vor face corecțiile în felul următor:

- Dacă un copil mai mic de 2 ani nu se va culca pentru măsurarea lungimii, atunci la valoarea măsurată în picioare se adaugă 0,7 cm pentru a converti la lungime.
- Dacă un copil în vârstă de 2 ani sau mai în vârstă nu poate sta în picioare, atunci din valoarea lungimii măsurată culcat se vor scădea 0,7 cm pentru a converti la înălțime.

Pentru măsurarea lungimii se utilizează **pediometrul (infantometrul)**, care va fi așezat pe o suprafață plană, stabilă, cel mai bine o masă.

Pentru a măsura înălțimea, se utilizează **taliometrul (stadiometrul)** – un panou montat la un unghi drept între nivelul podelei și o suprafață dreaptă verticală (perete, stâlp) față de podea.

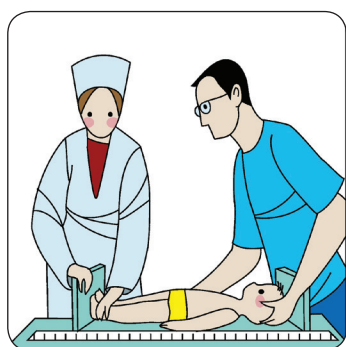
Măsurarea lungimii

Pediometrul sau taliometrul ar trebui să fie rezistent la umiditate. Pieseile orizontale și verticale trebuie să fie lipite ferm în unghi drept. O piesă mobilă servește ca scară la măsurarea lungimii sau bordură la măsurarea înălțimii. Dacă nu există un contor digital, o bandă metrică trebuie să fie bine fixată într-un canal de-a lungul marginii, astfel încât piesele mobile să nu o racleze și să șteargă marcasele.

Aceste instrumente de măsură pentru lungime și înălțime vor fi verificate la achiziționare și se păstrează curate, la îndemână și ferite de umezeală și căldură excesivă și vor fi utilizate în spații bine iluminate. Se verifică (săptămânal) dacă articulațiile dispozitivului sunt strânse și drepte și dacă banda metrică poate fi citită. Dacă la verificare se constată absența acestor condiții, atunci se vor strânge, îndrepta sau, după caz, se vor înlocui.

Se acoperă pediometrul, așezat conform recomandărilor de la capitolul pregătire, cu un scutec de pânză sau de hârtie moale și curată.

Se solicită ajutorul părinților, explicându-li-se cum să așeze copilul și cum să țină capul copilului, fără să îi provoace durere. Când părinții au înțeles ce trebuie să facă, se poate începe măsurătoarea lungimii.



Părinții vor așeza copilul pe spate, cu corpul drept pe placa pediometrului și vor ține capul copilului cu podul palmelor în dreptul urechilor, sprijinind degetele pe umerii acestuia, astfel încât vertexul lui să atingă peretele vertical fix al pediometrului.

Se verifică dacă o linie imaginară verticală unește tragusul cu comisura externă a ochiului de aceeași parte și dacă copilului stă drept.

Evaluatorul se așează în picioare, pe partea pe care se află banda metrică a pediometrului, ca să poată vedea lungimea. Cu o mână va ține apăsat, aplicând o presiune minimă pe genunchii fragili ai copilului, îndreptând membrele inferioare ca și cum ar merge, cu degetele de la picioare îndreptate în sus, dar fără a-i provoca vreo problemă. În acest timp, cu cealaltă mână va glisa scara, cerând părinților să mențină poziția corpului copilului dreaptă, nemișcată și cu coloana nearcuită. În situația în care copilul este agitat și nu pot fi apăsate ambele membre inferioare, se va efectua măsurarea cu un singur picior în condițiile de mai sus.

Se citește măsurarea și valoarea se exprimă în centimetri cu o zecimală.

Măsurarea înălțimii



Se solicită ajutorul părinților, explicându-li-se cum să așeze copilul și cum să țină fixe genunchii și gleznele copilului.

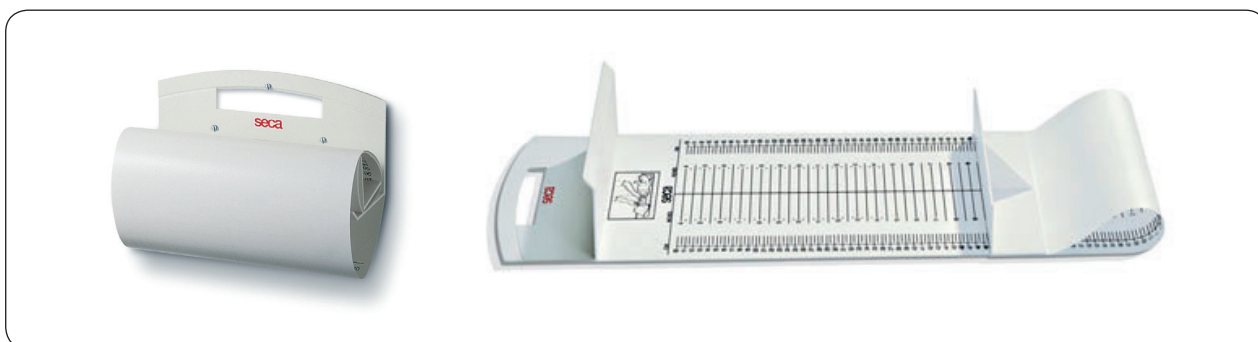
Copilul va fi așezat cu spatele pe mijlocul benzii metrice a taliometrului, cu picioarele ușor depărtate, cu trunchiul echilibrat pe talie și cu partea din spate a capului, omoplații, fesele, gambele și călcăiele lipite de planul vertical.

În situația în care este imposibil ca toate aceste puncte să fie în contact simultan cu planul vertical (de ex., la copilul obez), se va lua în considerare să fie cât mai multe puncte.

Se verifică dacă o linie imaginară verticală unește tragusul cu comisura externă a ochiului de aceeași parte și corpul copilului este drept. Pentru a menține capul în această poziție, evaluatorul va ține capul cu o mână – cu indexul și policele ca o punte pe bărbia copilului. Cu cealaltă mână, evaluatorul va trage în jos componenta mobilă a taliometrului, până când aceasta va sta ferm pe partea de sus a capului copilului. Se citește măsurarea și se notează în centimetri cu o zecimală.

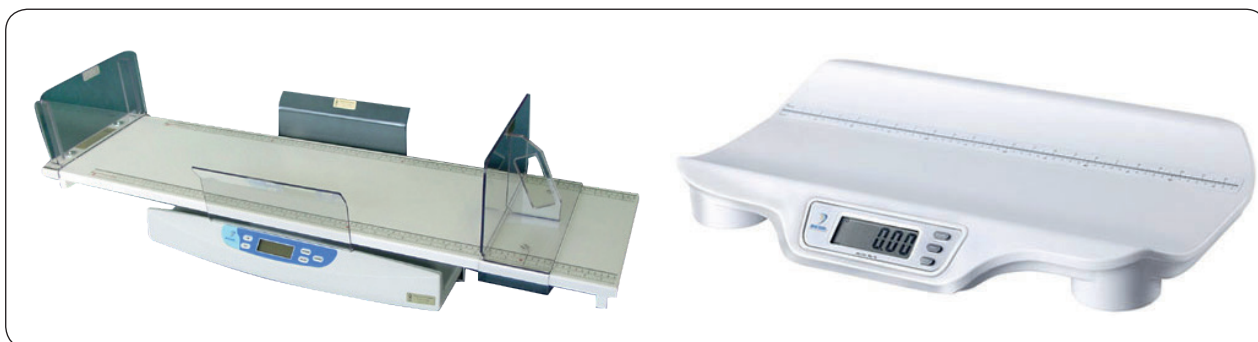
Valoarea lungimii/înălțimii copilului se notează în fișe și pe graficele de creștere corespunzătoare sexului.

Pediometru (infantometrul) din vinil prezentat în următoarea imagine este instrumentul cel mai compact și cel mai ieftin, de neînlocuit atunci când dimensiunea echipamentului, greutatea și costul trebuie să fie menținute la minimum.



Pediometru compact

Combi-nația dintre măsurarea digitală a greutății și mecanică a lungimii obținute într-o singură etapă economisește timp și provoacă mai puțină agitație sugarului.



Aparatul combinat pentru măsurarea greutății și lungimii

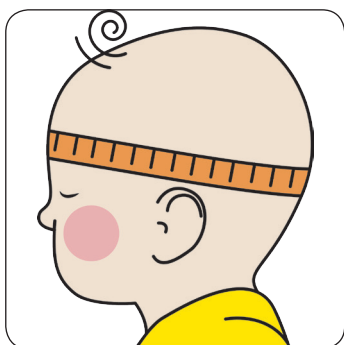
MĂSURAREA PERIMETRULUI CRANIAN

Perimetrul cranian reprezintă dimensiunea craniului și este determinat de conținutul intracranian și de structura osoasă. El reflectă în mare măsură dezvoltarea creierului și tocmai de aceea este nevoie de măsurarea lui la nașterea copilului și la evaluările ulterioare, luând în considerare rata creșterii.



Echipamentul pentru măsurarea circumferinței craniului

El se măsoară cu ajutorul echipamentului special sau centimetrului de croitorie, care se plasează pe circumferința craniului, frontal deasupra sprâncenelor și pe punctul cel mai proeminent al osului occipital.



Măsurare circumferință craniană

La nou-născuții la termen creșterea este de 0,5 cm săptămânal în primele 2 luni, 1 cm lunar - până la 6 luni și 0,5 cm lunar - între 7 și 12 luni.

La copiii născuți prematur, creșterea perimetrului cranian este mai rapidă, cca 0,7-1 cm săptămânal în primele 2 luni.

Interpretarea rezultatelor: o valoare a perimetrului cranian cu mai mult de 2 cm sub media caracteristică pentru vârstă se definește ca **microcranie**, iar o valoare cu mai mult de 2 cm peste media caracteristică pentru vârstă se definește ca **macrocranie**. Aceste abateri de la media caracteristică pentru vârstă sunt de cele mai multe ori stări patologice și necesită trimitere de urgență la medic.

GRAFICELE ȘI TABELLE DE CREȘTERE

Graficele și tabelele de creștere arată dezvoltarea unei populații de referință și sunt utilizate pentru evaluarea indivizilor și a grupurilor de copii. Seria de măsurători ale creșterii copilului reprezentate pe o diagramă de creștere sunt folosite pentru a identifica și a evalua tendința de creștere și dezvoltare a copilului. Măsurătorile singulare sau sporadice pot arăta doar talia sau greutatea unui copil în raport cu ceilalți de aceeași vârstă/sex, nu și modul în care crește acesta.

Graficele și tabelele de creștere reprezintă un instrument esențial în monitorizarea și evaluarea creșterii copiilor. Interpretarea curbei de creștere a unui copil depinde de graficele de creștere utilizate.

În 2006, Organizația Mondială a Sănătății a lansat un nou set de standarde de creștere și diagrame, pe baza datelor din studiul multicentric de referință a creșterii (MGRS) (<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

OMS recomandă aplicarea acestor standarde pentru toți copiii din întreaga lume, indiferent de etnie, statut socio-economic și tipul de alimentație. OMS descrie aceste referințe ca un standard, întrucât arată cum ar trebui să crească copiii; standardele stabilesc alăptarea ca „normă”, iar copilul alăptat, ca standard pentru măsurarea creșterii sănătoase.

Există trei sisteme diferite, prin care un copil sau un grup de copii pot fi comparați cu populația de

referință:

I. scoruri Z (deviații standard);

II. percentile;

III. procentul din mediană.

Astfel, percentilele și scorul Z sunt instrumente statistice de antropometrie pentru a ajuta la evaluarea creșterii copilului și a stării nutriționale, în raport cu o populație de referință sau standard. Percentila și scorul Z pot fi convertite între ele (când distribuția este normală), dar:

- percentilă indică procentul de observații care se situează sub o anumită valoare, este mai ușor de utilizat și de înțeles, însă poate fi un instrument cantitativ nu atât de bun;
- scorul Z este distanța și direcția unei observații îndepărtate de media populației. Deși nu este foarte perceptibilă intuitiv, această cantitate nondimensională poate fi utilizată pentru comparație între indicatori și populație.

I. Scorul Z (sistemul de clasificare bazat pe deviații standard)

Pentru evaluări cu bază populațională (incluzând anchete și supravegherea nutrițională) scorul Z este unanim recunoscut ca fiind cel mai bun sistem de analiză și de prezentare a datelor antropometrice, datorită avantajelor sale în comparație cu celelalte metode.

Sistemul scorului Z exprimă valorile parametrilor antropometrici ca o serie de abateri standard (scoruri Z) sau inferioare sau superioare mediei de referință sau medianei de referință.

Un interval de scor Z fix presupune o diferență fixă de înălțime sau greutate pentru copiii de o anumită vârstă. În plus, pentru utilizările populaționale, un avantaj major este faptul că un grup de scoruri Z poate fi supus unor calcule statistice sumare, cum ar fi media și deviația standard.

Formula pentru calcularea scorului Z este:

Scorul Z	=	Greutatea sau înălțimea subiectului – Valoarea mediană de referință
		Deviația standard în populația de referință
Intersectarea liniilor scorului Z pe graficul de creștere:		
• Mediana (0) arată normalitatea și scorurile Z (liniile de la -3 la +3) arată abaterile în plus sau în minus • Cu cât ne îndepărtăm de mediană, cu atât probabilitatea unei probleme de creștere este mai mare. • Creșterea normală și armonioasă în timp se așteaptă să se mențină în același culoar dintre liniile Z. • Curbele care intersectează două sau mai multe linii ale scorului Z indică un posibil risc. • Curbele copiilor cu creștere și dezvoltare normală nu depășesc liniile -2 și +2 ale scorului Z. • Interpretarea trebuie să ia în calcul și alți factori (starea de sănătate aparentă, înălțimea părinților etc.).		

II. Percentile

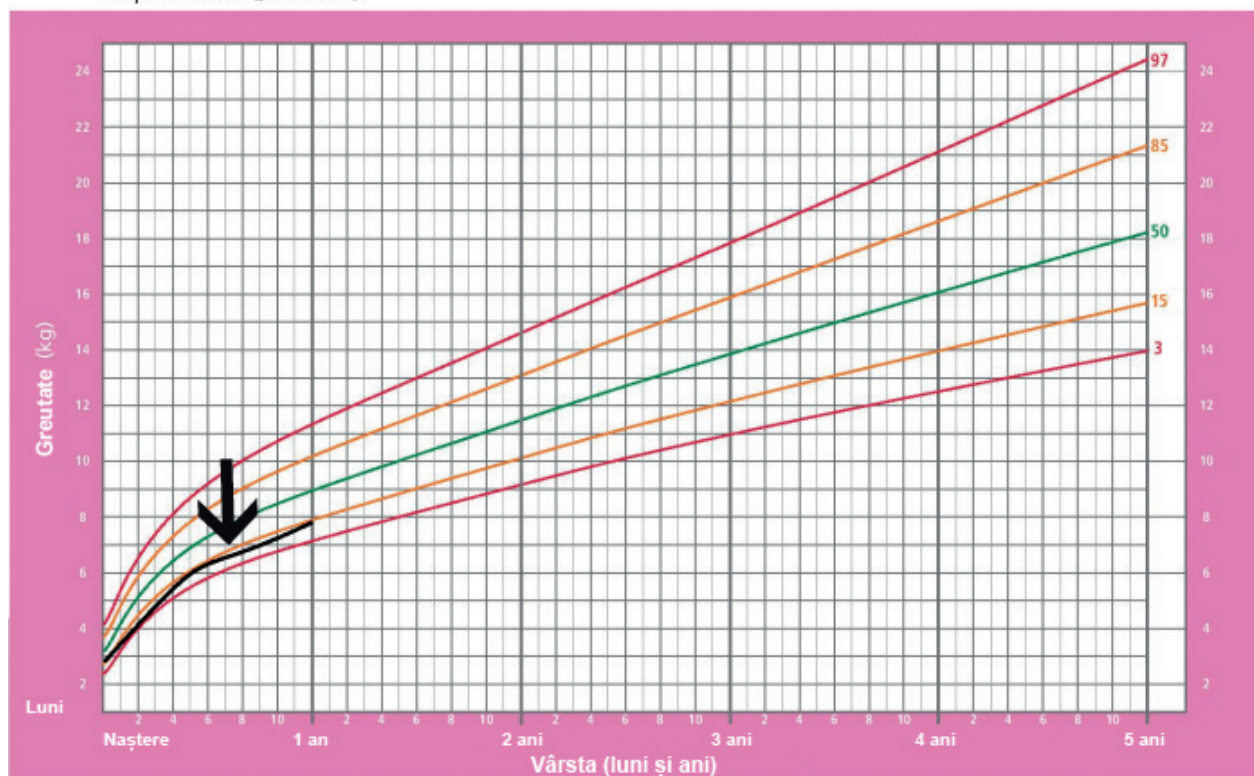
Câștigurile de creștere ale unui copil vor cădea pe sau între o linie percentilă. Aceste linii, numite și curbe de creștere, variază de la a 97-a până la cea de-a 3-a percentilă. Rata percentilei compară lungimea/înălțimea, greutatea, circumferința capului și indicele de masă corporală (IMC) cu alți copii, care au aceeași vârstă și sex.

A 50-a percentilă reprezintă „mijlocul” intervalului.

Percentilele mai mari decât cea de-a 50-a percentilă reprezintă capătul superior al intervalului, iar mai mici decât cea de-a 50-a, capătul inferior al intervalului.

Greutate pe vârstă FETE

Naștere - 5 ani (percentile)



Interpretarea percentilei:

- dacă talia copilului pentru parcelele de vârstă este la cea de-a 50-a percentilă, înseamnă că 50 din 100 de copii de același sex și aceeași vârstă ar fi mai înalți și 50 mai scunzi.
- Dacă talia copilului pentru parcelele de vârstă este la cea de-a 25-a percentilă, înseamnă că 75 din 100 de copii de același sex și aceeași vârstă ar fi mai înalți și 25 mai scunzi.
- În cazul în care greutatea copiilor pentru parcelele de vârstă este la cea de-a 75-a percentilă, înseamnă că 75 din 100 de copii de același sex și aceeași vârstă ar cântări mai puțin și 25 ar cântări mai mult.
- Dacă greutatea / înălțimea copilului atinge percentila 95, înseamnă că 5 din 100 de copii de aceeași înălțime și același sex ar fi mai grei și 95 ar fi mai ușori.
- Dacă o circumferință a capului copilului se referă la percentila 90, înseamnă că 10 din 100 de copii de același sex și aceeași vârstă ar avea o circumferință mai mare a capului și 90 de copii, o circumferință mai mică.

Cotele mai mari indică un copil mai mare sau mai înalt, iar procente mai mici indică un copil mai mic sau mai scund. În mod tradițional, au fost utilizate percentilele 5 și 95 ca limită pentru identificarea copiilor care nu pot crește în mod normal. OMS a propus limitele între 3 și 97 percentile, care sunt echivalente cu ± 2 deviații standard ale scorului Z. Greutatea și lungimea majorității copiilor se plasează între percentila a 3-a și cea a 97-a.

Graficul de creștere

Graficul de creștere ales va fi în funcție de sexul copilului și vârsta pe care o are acesta la momentul

evaluării (se alege graficul cel mai apropiat de vârsta copilului). La toate vârstele, evaluarea creșterii se face cunoscând precis vârsta copilului în ani și luni. Dacă vârsta este mai mare de un an, se va adăuga numărul de luni împlinite de la ultima aniversare. Dacă vârsta copilului este mai mică de un an, se va calcula numărul de săptămâni (în primele 3 luni) sau luni (de la 3-11 luni) încheiate de la naștere.

Vârsta calculată se notează astfel:

- În cazul în care copilul este mai mare de un an, vârsta se notează în ani și luni după modelul „1 an 4 luni” sau „3 ani 2 luni”.
- În situația în care copilul nu a încheiat prima lună de la ultima aniversare, vârsta se notează după modelul „1 an 0 luni” sau „3 ani 0 luni”.
- În situația în care copilul se află în intervalul de vârstă de 3 luni împlinite și momentul împlinirii vârstei de un an, atunci se notează numărul de luni împlinite după modelul „3 luni”, „6 luni”, „11 luni”.
- În cazul în care copilul are mai puțin de 3 luni împlinite, vârsta se notează în săptămâni după modelul „4 săptămâni”, „8 săptămâni”, „12 săptămâni”.
- De reținut că 13 săptămâni = 3 luni! Dacă data nașterii este 29 februarie, se va lua în considerare 28 februarie.

Proiectarea valorilor obținute pe graficul corespunzător

Fiecare dintre valorile obținute la măsurători se notează pe graficul de creștere corespunzător sexului și vârstei.

a. Talie (Lungime/ Înălțime) pentru vârstă (graficul T/V)

Se notează un punct la intersecția perpendicularei pe axa X, în dreptul valorii corespunzătoare vârstei, cu perpendiculara pe axa Y, corespunzătoare valorii obținute la măsurarea lungimii (0-23 luni)/ înălțimii (peste 24 luni).

Se unesc punctele obținute la diferite vizite anterioare cu punctul obținut la vizita curentă. Astfel se obține o linie curbă care necesită interpretare. Este un indicator al creșterii staturale utilizat de la 0 la 18 ani.

Dinamica creșterii taliei:

- la 12 luni – lungimea nașterii x 1,5;
- se dublează la 5 ani;
- + 25 cm în primul an de viață;
- + 12 cm în timpul celui de-al doilea an de viață;
- + 10 cm pe an, scăzând în mod constant la 6 cm până la pubertate;
- înălțimea estimată la adult – lungimea la 2 ani x 2.

Este un indicator important pentru depistarea deficitelor de creștere staturală (*stunting*), care denotă afecțiuni subiacente cronice, dar și deficite nutriționale datorate bolilor infecțioase repetate, nutriție deficitară prelungită. Valorile crescute la acest indicator sunt asociate cu creșterea staturală excesivă (care poate fi constituțională sau de origine endocrină).

b. Greutate pentru vârstă (graficul G/V)

Se notează un punct la intersecția perpendicularei pe axa X, în dreptul valorii corespunzătoare vârstei cu perpendiculara pe axa Y, corespunzătoare valorii obținute la măsurarea greutății. Se

unesc punctele obținute la diferite vizite anterioare cu punctul obținut la vizita curentă. Astfel se obține o linie curbă care necesită interpretare.

Creșterea ideală în greutate a sugarului sănătos, născut la termen (g/zi)

Vârsta	Greutatea	Creșterea în greutate
0-4 luni	± 3-6 kg	30 g/zi
4-8 luni	± 6-8 kg	20 g/zi
8-12 luni	± 8-10 kg	15 g/zi

Creșterea ideală în greutate pentru sugari și copii sănătoși, născuți la termen (g/săptămână)

Vârsta	Creșterea în greutate
0-3 luni	200 g/săptămână
4-6 luni	150 g/săptămână
7-9 luni	100 g/săptămână
10-12 luni	50-75 g/săptămână
1-2 ani	40 g/săptămână
2 ani – pubertate	30 g/săptămână

Este un indicator utilizat în special la copiii sub 5 ani. Modificările sale denotă în special deficite nutriționale.

Nu se folosește singur pentru identificarea supragreutății (trebuie coroborat cu talia).

Nu se folosește la copii cu edeme.

c. Greutate raportată la Talie (Lungime / Înălțime) – graficul G/T

Se notează un punct la intersecția perpendicularei pe axa X, în dreptul valorii corespunzătoare valorii rezultate la măsurarea taliei (lungime/înălțime), cu perpendiculara pe axa Y, corespunzătoare valorii obținute la măsurarea greutății.

Se unesc punctele obținute la diferite vizite anterioare cu punctul obținut la vizita curentă. Astfel se obține o linie curbă care necesită interpretare.

Este graficul de elecție pentru a aprecia statusul nutrițional al copiilor până la 2 ani.

Variația crescătoare a acestuia indică o tendință spre exces ponderal/obezitate. De asemenea, certifică subnutriția ca rezultat al unei boli acute sau lipsei de hrană, tradusă prin pierdere importantă în greutate. Nu se folosește la copii cu edeme.

d. Indice de masă corporală pentru vârstă (graficul IMC/V)

Se notează un punct la intersecția perpendicularei pe axa X, în dreptul valorii corespunzătoare vârstei, cu perpendiculara pe axa Y, corespunzătoare valorii obținute la calcularea IMC. Se unesc punctele obținute la diferite vizite anterioare cu punctul obținut la vizita curentă. Astfel se obține o linie curbă, care necesită interpretare.

IMC este definit ca greutatea în kilograme împărțită la înălțime în metri pătrați:

$$\text{IMC} = \text{greutate (kg)} / (\text{m}) \times (\text{m}).$$

La copil și adolescent, dezvoltarea nu este definită după o valoare absolută, ci în comparație cu un grup istoric „normal”.

Variația IMC în funcție de vârstă

Vârsta	Valoarea IMC
La naștere	13 kg/mp
1 an	17 kg/mp
6 ani	15,5 kg/mp
20 de ani	21 kg/mp

Nu există dovezi convingătoare că IMC pentru vârstă este mai eficient decât greutatea pentru vârstă și greutatea pentru talie la evaluarea caracterului adecvat al nutriției și, respectiv, a deficitului sau excesului ponderal la copii mai mici de cinci ani. Însă acest indicator poartă un caracter predictiv: cu cât mai devreme reapare adipozitatea, evidențiată prin creșterea IMC, cu atât este mai mare riscul ca respectivul copil să devină supraponderal.

INTERPRETAREA CURBELOR DE CREȘTERE

Modificările de greutate sau schimbările de traiectorie pentru talie (lungime / înălțime) trebuie să fie obligatoriu investigate.

Comparați punctele reprezentate pe diagramele de creștere ale copilului cu linii de scor, pentru a determina dacă acesta prezintă o problemă de creștere.

Graficele de creștere pot afișa o linie orizontală, descendentă sau una ascendentă (sau toate cele 3), indicând:

- Linia orizontală – fără creștere; semn periculos; primele semne de marasmus, kwashiorkor sau altă boală; urmărirea și educația nutrițională sunt necesare.
- Linia descendentă – scăderea creșterii; foarte grav; este nevoie de o atenție imediată.
- Linie ascuțită ascendentă – îmbunătățirea de la subponderalitate sau pe drumul către supraponderalitate / obezitate.
- Linie ascuțită descendentă - îmbunătățire față de supraponderabilitate / obezitate.
- Curba afișează linii orizontale, descendente sau ascendente – curba de creștere nu este urmată, indicând fluctuații de creștere între supra - și/sau subnutriție.

Malnutriția survine atunci când aportul alimentar al unui individ nu este echilibrat cu nevoile sale nutriționale.

Malnutriția include subnutriția și supraalimentația. Subnutriția este definită ca o insuficiență a substanțelor nutritive, cauzată de un aport alimentar inadecvat și/sau o maladie. Aceasta cuprinde o serie de condiții, inclusiv malnutriția acută, malnutriția cronică și deficiența micronutrienților. Supraalimentația apare atunci când organismul are mai mulți nutrienți decât este necesar, aceasta include atât supraponderea, cât și obezitatea.

Definiția problemelor de creștere

Definiție	Index	Moderat	Sever
Stagnare (stunting) – reflectă malnutriția cronică			
Talie (lungime/înălțime) inadecvată pentru vârstă	TPV	<-2 și ≥-3 ale scorului Z	<-3 ale scorului Z
Subpondere (underweight) – reflectă malnutriția cronică și acută			

Greutatea inadecvată pentru vârstă	GPV	<-2 și ≥-3 ale scorului Z	<-3 ale scorului Z
Slăbire (<i>wasting</i>) – reflectă malnutriția acută			
Greutatea inadecvată pentru talie	GPT	<-2 și ≥-3 ale scorului Z	<-3 ale scorului Z
Edeme bilaterale la picioare – reflectă malnutriția acută severă			
Supraalimentație (<i>overnutrition</i>)		Suprapondere	Obezitate
Greutatea inadecvată pentru talie și/sau IMC inadecvată pentru vârstă	GPT	>+2 și ≤+3 ale scorului Z	>+3 ale scorului Z

(Food and nutrition technical assistance, <https://www.fantaproject.org/>)

Întotdeauna luați în calcul toate graficele și nu vă lăsați înșelați de aparențe!

- Luați în considerare toate graficele: uneori apar probleme doar pe unele dintre ele.
- Greutatea mică pentru vârstă poate însemna și subnutriție, dar și oprire în creștere: verificați *Greutatea-pentru-Talie* și *Talie-pentru-Vârstă*.
- Un copil cu deficit de creștere staturală poate avea o *Greutate-pentru-Talie* normală, dar poate avea *Greutate-pentru-Vârstă* mică.
- Tendințele de creștere „normale” merg în general în paralel cu mediana sau liniile scorului Z.
- Riscul depinde de momentul intersectării și panta ulterioară.
- Luați în considerare perspectiva completă a situației, atunci când interpretați o tendință.

Identificarea problemelor de sănătate ale copilului prin analiza graficelor de creștere

Scorul Z	Indicatori de creștere			
	Talie-pentru-Vârstă	Greutatea-pentru-Vârstă	Greutatea-pentru-Talie	IMC-pentru-Vârstă
Deasupra +3	<i>Vezi nota 1</i>	<i>Vezi nota 2</i>	Obez	Obez
Deasupra +2			Supraponderal	Supraponderal
Deasupra +1			Riscul posibil de suprapondere (<i>Vezi nota 3</i>)	Riscul posibil de suprapondere (<i>Vezi nota 3</i>)
0 (median)				
Sub -1				
Sub -2	Cu stagnare în greutate (<i>Vezi nota 4</i>)	Subponderal	Slăbit	Slăbit
Sub -3	Cu stagnare gravă în greutate (<i>Vezi nota 4</i>)	Grav subponderal (<i>Vezi nota 5</i>)	Slăbire severă	Slăbire severă

Interpretare:

Nota 1. Un copil din această gamă este foarte înalt. Înălțimea înaltă rareori este o problemă, cu excepția cazului în care este atât de excesivă, încât poate indica o tulburare endocrină, cum ar fi o

tumoare producătoare de hormoni de creștere. Consultați un copil din acest interval de evaluare dacă suspectați o afecțiune endocrină (de exemplu, dacă părinții de înălțime normală au un copil excesiv de înalt pentru vârsta lui).

Nota 2. Un copil a cărui greutate pentru vârstă se încadrează în acest interval poate avea o problemă de creștere, dar acest lucru este mai bine evaluat din greutate pentru lungime / înălțime sau IMC pentru vârstă.

Nota 3. Un punct grafic deasupra liniei +1 a scorului Z indică un risc posibil. O tendință spre linia +2 a scorului Z prezintă un risc clar.

Nota 4. Este posibil ca un copil cu stagnare sau cu stagnare gravă în greutate să devină supraponderal.

Nota 5. Aceasta este menționată ca o *greutate foarte mică* în modulele de instruire CIMC (Conduita integrată a maladiilor la copii, OMS, Geneva, 1997).

OMS recomandă (Cursul de instruire privind evaluarea creșterii copilului):

– Interviu cu mama pentru a determina cauzele probabile ale problemei, apoi consilierea privind abordarea problemei cu creșterea copilului, în special privind alimentația conform vârstei, dacă un copil este:

- *slăbit (wasted)* – sub linia -2 a scorului Z (70-80%) în *Greutate-pentru-Talie* sau în *IMC-pentru-Vârstă*;
- subponderal – sub linia -2 a scorului Z (sub 80%) în *Greutate-pentru-Vârstă*;
- cu stagnare în greutate (*stunted*) – sub linia -2 a scorului Z (sub 80-85%) în *Talie-pentru-Vârstă* și nu este supraponderal, sau
- are doar o tendință spre una dintre aceste probleme.

– Trimiterea urgentă pentru asistență medicală specializată oricărui copil care:

- are o slăbire severă – sub linia -3 a scorului Z (sub 70%) în *Greutate-pentru-Talie* sau în *IMC-pentru-Vârstă*;
- prezintă semne clinice de marasmus sau kwashiorkor și/sau
- are edemele la ambele picioare*.

*De reținut că **prezența edemelor** poate da erori de interpretare a rezultatelor măsurătorii ca urmare a retenției de lichide. Prezența edemelor impune trimiterea la consult pediatric. Pentru a considera edemele ca făcând parte din starea de subnutriție severă a copilului, ele trebuie să fie prezente la ambele picioare. Prezența doar la un picior exclude cauza legată de nutriție. Pentru a pune în evidență edemul la ambele picioare, se prinde piciorul astfel încât să se sprijine în mâna examinatorului, cu policele pe fața dorsală a piciorului copilului. Cu piciorul astfel sprijinit se apasă piciorul pe fața dorsală a acestuia cu policele, pentru câteva secunde. Când edemul este prezent, se formează o adâncitură/godeu sub zona de presiune, vizibilă atunci când se ridică policele. În același mod se verifică prezența edemului și la celălalt picior.

OMS a elaborat tabele percentilice simplificate în scopul utilizării în condiții speciale (timp limitat, lipsa accesului la curba de creștere a copilului etc.). În anexa sunt prezentate tabele cu diferiți indici în funcție de sex și vârstă, care pot fi utilizate atât de către medicul de familie în timpul controlului medical, cât și de către asistentul medicului de familie în cadrul vizitelor la domiciliu.

Însă trebuie să ținem cont că măsurarea unică arată doar „mărimea” copilului și nu reflectă creșterea acestuia. Variațiile normale ale înălțimii și greutateii sunt considerabile și nu există o „înălțime și greutate corectă” pentru un copil de anumită vârstă, deoarece înălțimea și greutatea armonioasă pentru un copil depind nu doar de vârstă, ci și de înălțime, de construirea corpului, de sănătatea copilului, deci, sunt individuale pentru fiecare copil în parte. Rata creșterii este cel mai important factor în ceea ce privește dezvoltarea fizică a copilului. Doar măsurarea lui în serie și reprezentarea indicatorilor sub formă de grafice/curbe reprezintă un instrument esențial în monitorizarea și evaluarea obiectivă a procesului de creștere a copilului în ansamblu cu alți factori care contribuie la dezvoltarea fizică.

ÎNGRIJIREA PENTRU DEZVOLTARE - PRACTICI DE SPRIJIN AL ABILITĂȚILOR PARENTALE PENTRU STIMULAREA DEZVOLTĂRII COPILULUI

IMPORTANT! Majoritatea mamelor încearcă să facă ceea ce este cel mai bine pentru copiii lor. **Suțineți** pe cât este posibil **fiecare mamă! Ajutați mamele** să simtă încredere în sine în ceea ce privește îngrijirea copilului!

În acest capitol vom vorbi despre îngrijirea pentru dezvoltare și care este rolul asistentului medical de familie în interacțiunea cu familia, pentru a asigura un proces optim de creștere și dezvoltare a copilului.

Familia este platforma pentru dezvoltarea competențelor copilului pentru viața de adult. Din acest motiv, unul dintre obiectivele vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani de către asistentul medical de familie este promovarea practicilor parentale pozitive pentru menținerea sănătății și bunăstării copiilor, precum și stimularea dezvoltării lor.

Acest obiectiv poate fi atins prin oferirea în timpul vizitei a recomandărilor care descriu activitățile pe care le poate desfășura mama, dar și alți membri ai familiei și persoanele care îngrijesc copilul. Ele se referă în special la **activitățile de comunicare și joc**, orientate să ajute copiii să crească și să învețe bine.

IMPORTANT! Practicile de sprijin indică ceea ce familia trebuie să facă împreună cu copiii, nu doar ceea ce fac copiii.

Copiii sunt diferiți la naștere și se dezvoltă diferit, iar aceasta se reflectă asupra capacităților lor de învățare. Aceste particularități și îngrijirea pe care o primesc influențează procesul de cunoaștere. Experiențele trăite în comunicare cu mama sau alt îngrijitor în primii ani de viață determină ce fel de adult va deveni copilul.

Mamele le acordă copiilor îngrijire specială pentru dezvoltare, oferindu-le afecțiune, atenție și multiple posibilități pentru a învăța. Jucându-se și comunicând cu copiii, mamele îi ajută să crească mai sănătoși și mai puternici. Copiii învață să-și exprime necesitățile, să soluționeze probleme și să-i ajute pe ceilalți. Chiar la o vârstă foarte fragedă copiii însușesc deprinderi importante, care îi vor pregăti pentru viață.

Creierul se dezvoltă cel mai repede înainte de naștere și pe parcursul primilor doi ani de viață. O alimentație bună și o stare bună a sănătății sunt deosebit de importante în special pe parcursul acestei perioade de dezvoltare rapidă a copilului. Laptele matern joacă un rol esențial în dezvoltarea normală a creierului. Laptele matern previne îmbolnăvirile și ajută copiii să devină puternici și să poată învăța și însuși deprinderi.

Începând cu vârste foarte mici, copiii, de asemenea, au nevoie de posibilități de a învăța. Pentru ca creierul lor să se dezvolte, ei trebuie să se miște, să audă sunete, să aibă la dispoziție obiecte, pe care să le atingă, să le exploreze și să se joace cu alții. Ei, de asemenea, au nevoie de dragoste și atenție. Mamele trebuie să înceapă să vorbească cu copiii lor de la naștere și chiar înainte de naștere.

Copiii în permanență explorează lucruri noi și însușesc deprinderi noi. Mamele trebuie să protejeze copiii de leziuni și accidente în timp ce aceștia explorează. Copiii trebuie să fie protejați de violență, neglijență și abuz, pentru a-i ajuta să capete încredere și pentru a continua să exploreze și să învețe.

Copiii, deseori, explorează obiectele, punându-le în guri. Mamele trebuie să fie atente ca aceste obiecte să fie suficient de mari, astfel încât copilul să nu le poată înghiți. Trebuie, de asemenea, să fie evitate obiectele lungi, subțiri sau ascuțite. Orice obiect cu care se joacă copilul trebuie să fie curat, iar dacă a fost scăpat, trebuie dat înapoi copilului.

Atunci când un copil vrea să se joace cu ceva care nu este acceptabil, nu este curat sau inofensiv, învățați mama că ea poate să-i refuze delicat (cu blândețe) și că este mai bine și mai ușor să-i ofere copilului un obiect acceptabil pentru joacă în calitate de alternativă.

Pentru a se simți în siguranță, copiii trebuie să aibă relații sigure și apropiate cu cel puțin o persoană care le poate oferi dragoste și atenție. Sentimentul de apartenență la o familie îi va ajuta să comunice mai bine cu alte persoane și le va crea încredere în procesul de cunoaștere a lumii înconjurătoare pentru a învăța.

Mamele pot ajuta copiii lor să crească persoane fericite, sănătoase, fiind receptive la încercările lor de a face lucruri, de a emite sunete și de a vorbi, chiar și atunci când copiii sunt prea mici pentru a vorbi.

Copiii, în mod natural, au dorința de a comunica de la naștere. Lucrătorii medicali pot ajuta mamele să înțeleagă acțiunile copiilor atunci când ei încep să comunice, precum și ceea ce ele pot face pentru a încuraja eforturile copiilor de a cunoaște lumea înconjurătoare.

Copiii învață jucându-se, încercând lucruri noi, observând și imitând acțiunile altor persoane. Copiii sunt curioși. Ei vor să afle cum pot schimba lumea, pot influența oamenii și lucrurile din jurul lor, chiar din primele luni ale vieții. Copiii învață mult din faptul că desfășoară singuri unele activități. Învățând să folosească un obiect din tacâm, fără a face murdărie, ei își dezvoltă abilitățile fizice.

Jocul este lucrul copiilor. Jocul le oferă multe posibilități de a învăța și a dezvolta abilitățile de gândire și soluționare a problemelor.

Copiii, de asemenea, învață imitând acțiunile altora. Dacă o mamă dorește ca copilul ei să mănânce un alt aliment, ea trebuie să-i demonstreze aceasta copilului, consumând ea însăși acel aliment. Pentru ca un copil să învețe să fie politicos și respectuos, o mamă trebuie să fie ea însăși politicoasă și respectuoasă față de copilul său.

Nu este necesar să explicați fiecărei mame recomandările pentru toate grupele de vârstă. Este suficient să selectați doar recomandările pentru acea grupă de vârstă, care corespunde copilului dat.

Pentru a identifica recomandările corespunzătoare copilului dat și pentru a soluționa posibilele probleme de îngrijire, este necesar:

- să selectați activitățile recomandate corespunzătoare pentru vârsta copilului;
- în cazul în care copilul îndeplinește activitățile recomandate vârstei lui, propuneți-i recomandările pentru grupul de vârstă mai mare;
- dacă copilul se apropie de încheierea unui grup de vârstă, ați putea discuta recomandările pentru următorul grup de vârstă (de exemplu, familia unui copil care are aproape 12 luni poate fi familiarizată cu activitățile recomandate pentru un copil cu vârsta cuprinsă între 12 și 24 de luni);
- selectați recomandările corespunzătoare problemelor de îngrijire pe care le identificați (de exemplu, dacă mama și copilul interacționează foarte puțin, accentuați importanța desfășurării acestor activități împreună cu copilul).

Recomandări pentru mamele cu copii nou-născuți până la vârsta de o săptămână



Jocul:

- Este necesar de asigurat copilului condiții de a vedea, auzi, simți și a se mișca, chiar de la naștere
- Învățați mama să atingă cu blândețe corpul copilului. Contactul piele la piele este benefic.
- Recomandați mamei să-i ofere copilului obiecte mari, colorate, la care să se întindă, și obiecte noi pentru a le privi.

Copiii sănătoși pot vedea, auzi și mirosi de la naștere. Curând ei încep să-și recunoască mamele. Apoi ei încep să zâmbescă, atunci când le zâmbesc oamenii.

Interes deosebit pentru ei prezintă fețele celor din jur.

Mamele nu ar trebui să acopere fața copilului timp îndelungat, deoarece copiii, pentru a cunoaște lumea înconjurătoare, trebuie să vadă.

Copiii nu trebuie să fie strâns înfășați, deoarece ei trebuie să aibă posibilitatea să se miște liber.



Comunicarea:

- Învățați mama să privească în ochii copilului și să-i vorbească. Cel mai potrivit moment pentru comunicare este alăptarea.
- Mamele pot să învețe a recunoaște când copilul este flămând, până ca acesta să înceapă a plânge. Recomandați mamei să nu lase copilul să plângă. Trebuie să-l ia în brațe cât mai des, să-l mângâie.
- Odată cu creșterea copilului, este necesar de vorbit mai mult cu el, folosind concomitent gesturi și sunete.

Copiii la această vârstă foarte fragedă pot comunica.

Atunci când mama privește în ochii copilului și îi zâmbește, copilul învață să comunice. Mama începe să observe că copilul îi răspunde.

Copiii, de asemenea, comunică necesitățile lor. Ei învață să aibă încredere că cineva va reacționa la mișcările, sunetele și plânsetele lor. Când copiii sunt flămânzi, ei devin neliniștiți, încep să caute sânul mamei.

Mamele pot să învețe a recunoaște când copilul este flămând, până ca acesta să înceapă a plânge. Copiii necesită să fie mângâiați și luați mai des în brațe.

Recomandări pentru mamele cu copii de la vârsta de o săptămână până la 6 luni



Jocul:

La această vârstă, procesul de cunoaștere a lumii are loc prin capacitatea copilului de a vedea, auzi, simți, sesiza și a se mișca.

Învățați mama să-i ofere copilului obiecte mari, colorate, la care să se întindă, și obiecte noi pentru a le privi. Exemple de jucării: jucării zornăitoare pentru bebeluși, inele mari pe sfoară.

Către vârsta de 4-6 luni, copiilor le place să se întindă după obiecte și să-și privească mâinile și picioarele, de parca adineauri le-ar fi descoperit. Ei pun obiecte în guriță, pentru explorare prin percepția gustului și prin atingere.

Copilului îi pot fi date obiecte casnice curate, viu colorate și inofensive, cum ar fi o cană metalică sau un vas din plastic, pentru ca el să poată să se întindă după ele și să le atingă. Copiilor, de asemenea, le place să privească oamenii și fețele, astfel membrii familiei ar trebui să vorbească cu copilul, să-l țină și să-l poarte în brațe.



Comunicarea:

Toți membrii familiei pot zâmbi, râde și vorbi cu copilul. Ei pot „gânguri” și imita sunetele produse de copil.

Cu vârsta, copiii devin mai activi, lor le place să emită sunete noi, de tipul țipetelor și râsetelor. Ei răspund la vocea cuiva cu mai multe sunete, imită sunetele pe care le aud și încep să învețe cum să realizeze o conversație cu o altă persoană. Imitarea sunetelor și mișcărilor produse de copil îl pregătește pentru vorbirea ulterioară. Membrii familiei, de asemenea, trebuie să aibă satisfacție de la comunicarea cu copilul.

Recomandări pentru mamele cu copii de vârsta 6-9 luni

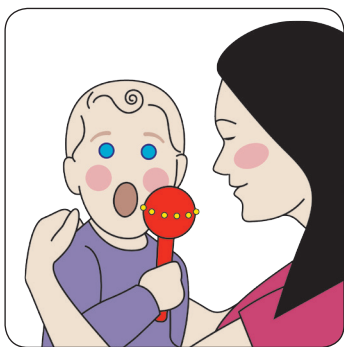


Jocul:

Învățați mama să-i ofere copilului jucării, obiecte curate și nepericuloase pentru a le ține, lovi și arunca. Exemple de jucării: obiecte simple de gospodărie – cutii, linguri metalice, cratițe.

Copiii le place să producă gălăgie, lovind diferite obiecte. Ei pot să treacă obiectele dintr-o mână în alta și să le dea altor membri ai familiei, aruncându-le pentru a vedea cum cad, ce sunet produc sau dacă cineva le va ridica. Aceasta poate fi destul de deranjant pentru o mamă ocupată.

O mamă poate fi mai răbdătoare, dacă o ajutați să înțeleagă că copilul ei învață prin jocuri. Copiii, de asemenea, învață imitând mișcările mâinilor, de exemplu, bat din palme. Mamele trebuie încurajate să se joace cu copiii („tăpușele”, „cucu-bau”, „la revedere”).



Comunicarea:

Învățați mama să răspundă la sunete și interesele copilului.

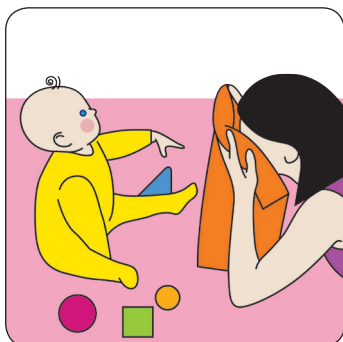
Recomandați mamei să-l numească pe nume și să observe răspunsul copilului.

Trebuie să-l ia în brațe cât mai des, să-l mângâie.

Chiar înainte să înceapă a vorbi, copiii învață datorită faptului că membrii familiei vorbesc cu ei și pot înțelege multe din ce copilul încearcă să exprime. Ei observă când oamenii sunt supărați și aceasta îi poate indispuce.

Copiii imită sunetele și acțiunile fraților mai mari și ale adulților. Copiilor le place foarte mult când ceilalți răspund la sunetele produse de ei.

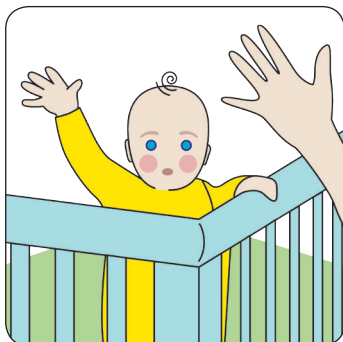
Membrii familiei pot ajuta copiii să vorbească, comunicând cu ei și numind obiectele față de care aceștia manifestă interes.



Jocul:

Recomandați mamei să ascundă jucăria preferată a copilului sub o cuvertura sau cutie și să observe dacă copilul o găsește.

Explicați mamei ca este benefic pentru dezvoltarea copilului jocul de-a „cucu-bau”.



Comunicarea:

Recomandați mamei să numească obiectele, acțiunile și persoanele, și să arate copilului cum să numească acțiunile prin gesturi, cum ar fi „la revedere”.

Exemple de jucării: păpușă.

Recomandări pentru mamele cu copii de vârstă 12 luni-2 ani



Jocul:

Învățați mama să-i ofere copilului obiecte care pot fi puse în cutii sau unul peste altul și scoase.

Recomandați-i să se joace cu el cât mai des.

Exemple de jucării: obiecte inofensive de gospodărie.

Copiii de această vârstă cunosc activ lumea înconjurătoare, dacă sunt sănătoși și bine alimentați. Ei încep să se miște mai mult și doresc să cunoască totul în jur. Lor le plac obiectele simple și firești din gospodărie și nu-i nevoie neapărat să fie procurate jucării.

Lor le place să pună și să scoată obiectele din vase și cutii. Copiilor le place să pună obiectele unul peste altul, până acestea cad. Mamele pot folosi obiecte inofensive din gospodărie, pentru a se juca cu copiii lor. Copiii au nevoie să fie încurajați, atunci când ei încearcă să meargă, învață jocuri noi și însușesc deprinderi noi. Mamele pot încuraja copiii lor să învețe, urmărind ceea ce ei fac și numind aceste activități, de exemplu: „Tu umpli cutiile”. Mamele ar trebui să se joace cu copiii lor și să le ofere ajutor: „Hai să facem aceasta împreună. Aici mai sunt cuburi de pus în cutia ta”.



Comunicarea:

Învățați mama să pună copilului întrebări simple, să răspundă la încercările lui de a vorbi cu ea, să-i vorbească despre natura și să-i arate cărți cu imagini.

La această vârstă este important ca copiii să învețe să pronunțe și să înțeleagă cuvinte.

Mamele trebuie să se folosească de orice ocazie pentru a vorbi cu copilul, atunci când îl alimentează, băiesc sau când lucrează prin casă.

Copiii încep să înțeleagă spusele celorlalți și pot îndeplini instrucțiuni simple. Ei pot pronunța unele cuvinte, cum ar fi „apă” sau „papă”.

Mamele ar trebui să încerce să înțeleagă cuvintele pronunțate de copil și să verifice dacă ele înțeleg corect: „Dorești apă? Vrei să mănânci?”.

Mamele pot practica jocuri simple de cuvinte, cum ar fi „la revedere”.

Ele pot pune întrebări simple: „Unde este degețelul tău?”.

La această vârstă mamele le pot arăta copiilor cărți cu imagini.

Recomandări pentru mamele cu copii de vârstă 2 ani și mai mari



Jocul:

Recomandați mamei să ajute copilul să numere, să numească și să compare lucrurile. Recomandați mamei să confecționeze jucării simple pentru copil, să participe la jocurile copilului.

Exemple de jucării: obiecte de culori și forme diferite, tablă cu marker sau cretă colorată, puzzle.

Copiii mai mari de 2 ani învață să numească obiectele, să numere, să compare dimensiunile, formele și culorile obiectelor din jurul lor.

Pentru a-i ajuta, mamele le pot pune întrebări: „Ce este aceasta? Unde este fratele tău? Care minge este mai mare? Care cană este roșie?”.

Copiii învață a deosebi culorile, formele și dimensiunile cu ajutorul obiectelor simple, cum ar fi cerculețe și alte forme, tăiate din hârtie colorată.

Mamele își pot ajuta copiii să învețe să numere, întrebând „câte” și numărând pe degete. Copiii de la început fac greșeli, dar ei învață, repetând jocurile de mai multe ori.

Copiii de această vârstă le place să se joace cu alți copii și să învețe de la ei. Lor le place să se joace cu obiecte simple din gospodărie.



Comunicarea:

Învățați mama să îndemne copilul să-i vorbească și să răspundă la întrebările lui; să învețe copilul să povestească istorioare, să cânte și să joace. Recomandați-i să citească împreună povești.

Către vârsta de 2 ani copiii pot asculta și înțelege. Punând întrebări simple și ascultând răspunsurile copiilor, părinții stimulează dezvoltarea vorbirii. Mamele, de asemenea, trebuie să încerce să răspundă la întrebările copiilor.

Copiii care învață să vorbească fac multe greșeli.

Corectându-i, îi vor descuraja să vorbească. Ei vor învăța să vorbească corect, ascultându-i pe ceilalți vorbind corect.

Copiii de această vârstă deja înțeleg ce este bine și ce este rău. Prin povești, cântece și jocuri, mamele îi pot învăța pe copii cum să se poarte corect. Copiii învață mai bine dacă cu ei de la bun început se vorbește corect și sunt corecți delicat, astfel încât să nu se simtă jenați.

RECOMANDĂRI SUPLIMENTARE PENTRU FAMILIILE CU COPIL CU VÂRSTA PÂNĂ LA 1 AN ȘI 6 LUNI



• **Sfaturi de stimulare a motricității grosiere la copil**

- Recomandați mamei/îngrijitorului să pună copilul pe burtă și să-i arate jucării care produc sunete, deplasându-le în câmpul vizual al copilului, pentru a le urmări.
- Este bine de jucat în jocuri de schimbare a poziției corpului prin rostogoliri de pe spate pe burtă și de pe burtă pe spate sau jocul în care copilul este ajutat în rostogolire prin mișcarea unui prosop pe care el se află și ridicând prosopul lateral îi imprimați mișcarea de rostogolire (rostogolirea se referă la schimbarea poziției de pe spate pe burtă).
- Învățați mamele sau îngrijitorii să inițieze jocuri cu mișcări de tip „gimnastică”: să așeze copilul pe spate și să-i miște mâinile și brațele mâinile și brațele, apoi picioarele, cu mișcări de flexie și extensie. Mișcările trebuie să fie ușoare, fără forțarea copilului.
- Recomandați jocurile în care mama sau îngrijitorul să-i cânte și să-i antreneze în mișcări mâinile și picioarele. Recomandați mamei sau îngrijitorului ca copilul să fie așezat pe podea, să-l ajute și să-l sprijine să se ridice în picioare, apoi să-l încurajeze să se deplaseze, sprijinindu-se de mobilă. Atenționați-i să se asigure că în mediul în care se află copilul sunt înlăturate riscurile de accidentare, pentru a avea libertate de mișcare.
- Familia trebuie să ofere copiilor timp de câteva ore zilnic momente de mișcare liberă.
- Copiii trebuie ajutați zilnic să meargă, să alerge, să se ridice.
- Trebuie să fie respectat zilnic programul de somn și ritualurile de dinainte și de după somn.
- Recomandați mamei și îngrijitorilor să se joace cu copiii jocuri ce implică mișcare și activitate fizică.

• **Sfaturi de stimulare a motricității fine la copil**

- Obiectele trebuie să fie puse în jurul copilului, pentru ca el să ajungă la ele, să le prindă, să le ridice.
- Recomandați jocurile cu copilul în care să fie solicitate mișcarea mâinilor și a degetelor (bătut din palme, cântat la pian, imitarea toboșarului, a ploii, a moriștii etc.).



- Este necesar de oferit copilului feluri de mâncare ce permit explorarea cu degetele (cereale, biscuiți mici etc.).
- Copilul trebuie încurajat să se joace cu jucării în timpul băii, să le scufunde, să le umple cu apă, să le golească etc.).
- Recomandați mamei sau îngrijitorului să se joace cu copilul folosind mingi de ping-pong și tenis de câmp. Copilului i se oferă o minge și este ținut de o mână pentru a-l constrânge să apuce cu o singură mână, apoi este lăsat să manipuleze mingile trecându-le dintr-o mână în cealaltă. Mama sau îngrijitorul poate să-i demonstreze, astfel ca copilul să-i imita.

• **Sfaturi de stimulare a dezvoltării senzorio-motorii la copil**

- Este necesar de verificat nivelul de zgomot din apropierea copilului. Trebuie evitată expunerea

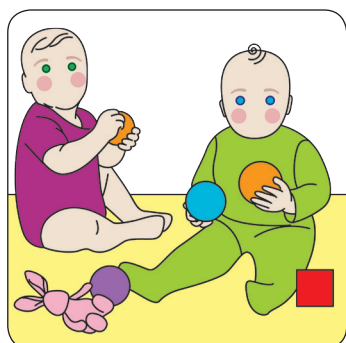
lui la sunete puternice.

- Copilul trebuie atins pe un obraz și pe celălalt, iar mama sau îngrijitorul să manifeste bucurie când copilul mișcă capul în partea care a fost atinsă. Recomandați să se bată ușor din palme în apropiere de urechea dreaptă, apoi stânga, jocul cu un clopoțel în stânga și în dreapta copilului, iar activitatea să fie verbalizată. Ex.: „Auzi clopoțelul!”.
- Vederea copilului trebuie să fie stimulată cu jucării care pendulează, pe care le poate prinde. Mama sau îngrijitorul trebuie să indice obiecte în jurul copilului numindu-le, atât pe cele din apropiere sa, cât și pe cele îndepărtate, asigurându-se prin aceste practici că vede și aude.
- Copilul trebuie legănat ușor folosind brațele, un balansoar sau alte echipamente de joacă.
- Învățați mama sau îngrijitorul să explice copiilor când mâncarea sau alte obiecte sunt prea fierbinți sau prea reci și nu trebuie atinse.

• **Sfaturi pentru formarea abilităților de interacțiune a copilului cu adulții**

- Comportamentul cu copilul trebuie să fie afectuos și calm. Trebuie să i se acorde atenție ori de câte ori plânge, să i se vorbească.
- Copilului trebuie de adresat pe nume, de zâmbit, de vorbit, de îmbrățișat, de-l încurajat să imite gesturi și sunete produse de adulții cu care este obișnuit. El trebuie privit în ochi când i se vorbește!
- Trebuie de asigurat un mediu populat de persoane de încredere, el trebuie asigurat că este în siguranță. Copilul trebuie ajutat să își depășească teama. Recomandați mamei sau îngrijitorului să precizeze verbal ce activități urmează să facă împreună cu copilul. Asigurând predictibilitatea, copilul este în așteptarea a ceva ce i-a fost anunțat și își va diminua sentimentul de teamă.
- Este necesar de oferit cu promptitudine și răbdare ajutor și atenție copilului atunci când acesta are nevoie. Explicați mamei cum să facă distincția între comportamentele sale ce reflectă o nevoie reală și cele prin care doar vrea să atragă atenția adultului.
- Învățați mama sau îngrijitorul să reacționeze constant și ferm în legătură cu comportamente și obiecte interzise sau periculoase pentru copil.
- Recomandați mamei sau îngrijitorului să faciliteze identificarea de către copil a comportamentelor adecvate/inadecvate prin reacții verbale sau non-verbale de aprobare, respectiv respingere a unor comportamente.

• **Sfaturi pentru formarea abilităților de interacțiune a copilului cu copiii de vârstă apropiată**



Copiii se joacă în grupuri

- Copilului trebuie de zâmbit des.
- Oferiți-i copilului posibilitatea de a se afla în prezența altor copii.
- Învățați mama sau îngrijitorul să răspundă pozitiv la sunetele, țipetele, gesturile copilului prin comportamente verbale și non-verbale.
- Copilului trebuie de oferit posibilitatea de a se juca și interacționa cu alți copii (din familie, dar și alți copii din medii culturale diferite).
- Recomandați mamei sau îngrijitorului să-i ofere exemple de cooperare cu ceilalți în activitățile cotidiene (de exemplu, în pregătirea mesei și în alte activități casnice)

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a autocontrolului emoțional**

- Este necesar de manifestat grijă și preocupare pentru nevoile copilului, comportându-se astfel încât copilul să simtă că mama sau îngrijitorul este aproape de el atunci când se schimbă elemente de mediu (de exemplu, când plecați de acasă).
- Învățați mama sau îngrijitorul să reacționeze la orice sunet pe care îl emite, încercând să identifice ce vrea să comunice și să verbalizeze cu glas tare ce descifrează că solicită copilul.
- Confortul copilului va fi asigurat stând aproape de el și printr-un comportament conform rutinei familiare.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să pună la dispoziția copilului obiectele cu care este obișnuit și care îl liniștesc (melodia de culcare, jucărie, cuvertură etc.).

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a curiozității și interesului**

- Învățați mama să se adreseze copilului strigându-l pe nume și să-l liniștească când manifestă neliniște.
- Copilul trebuie stimulat, punându-i gradat la dispoziție o varietate de stimuli noi (jucării, jocuri care produc sunete, lumini).
- Este necesar de asigurat copilului un mediu sigur și bogat în obiecte/jucării și surse de stimulare (vizuală, auditivă, tactilă). Învățați mama sau îngrijitorul să numească cu glas tare toate jucăriile oferite copilului, precum și obiectele din jurul său.
- Recomandați mamei să observe copilul, pentru a identifica preferințele, stilurile de învățare, temperamentul său.
- Învățați părinții și îngrijitorii să ofere sprijin copiilor care sunt ezitanți și nu îndrăznesc să exploreze lucruri noi.



Recomandați limitarea timpului petrecut în fața televizorului

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a inițiativei**

- Învățați părinții să așeze copilul pe podea, asigurându-se că este ferit de riscurile de accidentare, și să încurajeze copilul să privească în jur, să exploreze și să experimenteze prin manipularea obiectelor, pipăiri, atingeri, explorări cu gura, ascultări ale zgomotelor produse prin manipulare.
- Este necesar de oferit copilului multiple posibilități de explorare activă, descurajând privitul la televizor.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să-i dea copilului posibilitatea de a alege jucării cu care să se joace și cărți pe care să le privească / să i se citească.
- Învățați părinții și îngrijitorii să încurajeze tendințele spre autonomie și să asigure un mediu și resurse care să permită acest lucru.
- Este necesar să fie respectate preferințele copilului, să nu fie forțat să facă lucruri de care momentan se teme.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să-i acorde copilului șansa să își asume riscuri, de exemplu, să se întindă după o jucărie sub pat.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a persistenței**

- Recomandați părinților și îngrijitorilor să se joace zilnic cu copilul.
- Învățați mama să observe copilul pentru a vedea ce activități îi suscită și mențin interesul.
- Este necesar de facilitat jocul și activitățile copilului împreună cu alte persoane.

- Copilului trebuie de oferit spațiu și timp suficient pentru a se juca sau realiza sarcini simple fără să fie întrerupt.
- Învățați părinții și îngrijitorii să mențină locurile obiectelor (jucării, haine etc.) pe care copilul le utilizează cel mai frecvent, astfel încât acesta să le poată utiliza când dorește.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a creativității**

- Copilului trebuie de oferit jucării, obiecte din materiale diferite. El trebuie lăsat să le pipăie cu degetele și zona orală (gura, limba).
- Învățați părinții și îngrijitorii să demonstreze creativitate în jocul cu copilul, de exemplu, folosind păpuși de pluș pentru a le transforma în personajele unei mici scenete.
- Obiectele, materialele, jucăriile din mediul copilului trebuie schimbate în mod regulat.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să faciliteze copilului experiența de a se murdări, a face dezordine, punându-i la dispoziție obiecte și materiale cu o varietate de culori, texturi, sunete, forme și mirosuri.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a limbajului și comunicării – dezvoltarea capacității de ascultare și înțelegere (comunicare receptivă)**

- Învățați părinții și îngrijitorii să-i vorbească copilului cu ton prietenos și cu articularea clară și corectă a cuvintelor, asigurându-se că el ascultă prin stabilirea contactului vizual, și să se miște încet în jurul copilului, când îi vorbesc.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să organizeze pentru copil un mediu bogat în stimulări auditive (muzică, jucării muzicale, interacțiuni permanente cu persoane din familie).
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să se joace cu copilul jocuri de tip „Cucu-bau”, să cânte cântece și să vorbească frecvent cu copilul.
- Este bine de vorbit cu copilul despre evenimentele, activitățile zilnice, accentuând aspectele reușite, emoțiile pozitive în relatarea lor.
- Învățați părinții și îngrijitorii să facă posibil pentru copil să arate obiectul atunci când acesta este denumit.
- Recomandați părinților sau îngrijitorilor să acționeze ca un model pentru copil, încurajând copilul să-i imită.
- Este necesar de explicat copilului pe înțelesul acestuia motivul pentru care nu are voie să facă un anumit lucru (folosind consecințele naturale ale acțiunilor).
- Învățați părinții și îngrijitorii să joace jocuri de denumire și indicare a părților corpului, persoanelor din familie, obiectelor din apropiere: „Unde sunt ochii tăi?”, „Ce este aceasta?” (arătând partea respectivă a corpului sau obiectul numit).
- Este recomandabil de purtat dialoguri cu copilul de la vârste cât mai mici, oferind acestuia posibilitatea de a răspunde non-verbal, apoi verbal.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a limbajului și comunicării – dezvoltarea capacității de vorbire și comunicare (comunicare expresivă)**

- Învățați părinții și îngrijitorii să expună copilul limbajului de la naștere, comunicând, vorbind și citindu-i acestuia.
- Este necesar de arătat că părintele sau îngrijitorul înțelege ceea ce spune prin gesturi sau expresii faciale; transformând răspunsul său într-unul de tip verbal.
- Propuneți părinților și îngrijitorilor să vorbească expresiv; expresiile feței, intonația sunt importante pentru a stimula interesul și reacțiile copilului.
- Se recomandă de arătat și numit diferite obiecte familiare în fața copilului; copilul trebuie invitat

- să repete sau să inițieze acest joc; este necesar de oferit copilului posibilitatea de a contribui cu câte un cuvânt atunci când i se citește sau i se spune o poveste urmărind diferite imagini.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să insereze jocuri cu onomatopee atunci când răsfoiesc/citesc cărți despre animale sau fenomene cunoscute de copil.
- Învățați părinții și îngrijitorii să conștientizeze intenția de comunicare a copilului; să prețuiască nivelul de comunicare al fiecăruia.
- Recomandați părinților sau îngrijitorilor să inițieze de timpuriu copilul în folosirea normelor de comportament civilizat. Sfătuiți-i să salute și să-l invite pe copil să salute și să mulțumească în contextul adecvat.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să arate copilului că înțeleg onomatopeele folosite de el (cuvintele care, prin elementele lor sonore, imită sunetele și zgomotele din natură). La rândul lor, ei trebuie să repete cuvântul corect, pentru ca în timp onomatopeele să fie înlocuite cu substantivele/verbele corespunzătoare.
- Când se adresează copilului, trebuie de utilizat propoziții simple, corecte din punct de vedere gramatical.
- Copilul trebuie lăudat pentru încercarea de a se exprima în propoziție.
- Învățați părinții și îngrijitorii să utilizeze în vorbirea cu copilul un limbaj simplu, fără diminutive.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să vorbească cu copilul, inversând rolul de vorbitor/auditor, chiar și înainte ca acesta să folosească cuvinte; în exersarea vocalelor lui el poate avea rol de model.
- Copilului este necesar de asigurat un mediu bogat în stimuli auditivi (muzică, comunicare interumană).
- Vorbirea copilului poate fi modelată prin repetarea în forma corectă a cuvintelor pronunțate greșit de către acesta.

RECOMANDĂRI SUPLIMENTARE PENTRU FAMILIILE CU COPIL CU VÂRSTA DE LA 1 AN ȘI 6 LUNI PÂNĂ LA 3 ANI



Jucării recomandate pentru activități

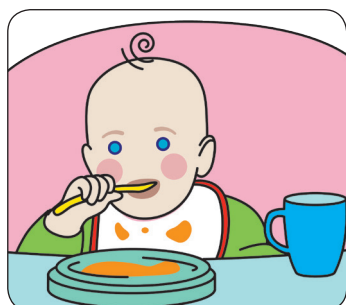
• *Sfaturi de stimulare a motricității grosiere la copil*

- Copilului trebuie oferită posibilitatea de a alerga, de a sări, de a se cățăra în siguranță. El trebuie susținut când are nevoie de ajutor, încurajându-l să realizeze mișcări noi, în mod independent.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să-i pună la dispoziție jucării și diferite materiale și echipamente care să-l implice în activități de mișcare (căluți pentru a fi călăriți, cărucioare sau mașini pe care să le împingă).
- Copiii trebuie implicați în activități care să le solicite echilibrul, poziții diferite ale corpului.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să le ofere copiilor cel puțin 60 de minute de activitate fizică de-a lungul fiecărei zile.
- Este necesar de le pus la dispoziție echipamente și obiecte care îi implică în activități fizice structurate (mișcări însoțite de cântec, ritm, de cățărare, de menținere a echilibrului etc.).
- După activități fizice copiilor trebuie de oferit momente de odihnă.

• *Sfaturi de stimulare a motricității fine la copil*

- Recomandați părinților și îngrijitorilor să ofere activități ce-i permit copilului să antreneze prinderea de obiecte în mâini
- Copiilor trebuie de oferit cărți cu povești, imagini și să le fie dată libertatea să le exploreze. Se

recomandă de încurajat activități în grup mic, perechi sau individuale de „lecturare”.



Tacâmuri proprii ale copilului pentru autoservire la masă

- Propuneți părinților și îngrijitorilor să pună la dispoziția copiilor materiale de scris (coli mari, creioane și pensule groase, acuarele) și să-i încurajeze să scrie și să deseneze sau să picteze. Trebuie de apreciat permanent efortul lor.
- Copiilor trebuie de propus jocuri tip puzzle cu 3-6 piese mari, reprezentând poze clare și cuburi mari pentru construit.
- Se recomandă de pus la dispoziția copilului tacâmuri personale (lingură și furculiță cu vârfuri rotunjite) și să fie încurajat în autoservirea pe timpul mesei.

• **Sfaturi de stimulare a dezvoltării senzorio-motorii la copil**

- Învățați părinții și îngrijitorii să citească împreună cu copilul cărți cu poze mari și clare reprezentând animale, numind animalele și imitând modul de mișcare al acestora, onomatopeele emise de acestea. Copilul trebuie încurajat să repete împreună cu adultul.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să ofere copilului oportunități de activități fizice care integrează mișcarea cu utilizarea simțurilor (jocul umbrelor, pictura cu picioarele, mișcări la auzul unor semnale etc.).
- Mișcările copilului pot fi modelate, realizând anumite activități împreună cu el: dansuri, bătut la toboă, cântat la pian etc.

• **Sfaturi pentru formarea abilităților de interacțiune a copilului cu adulții**

- Se recomandă de oferit copilului posibilitatea de a interacționa (gradat) cu alți adulți de încredere, în afara celor care îl îngrijesc.
- Prin gesturi și cuvinte, trebuie de arătat copilului înțelegere față de reacțiile sale și de-l asigurat că adultul îi este alături.
- Explicați părinților și îngrijitorilor importanța încurajării copilului și oferirea lui a modelelor de comportamente variate, care să evite reproducerea unor stereotipuri de gen (lectură, activități casnice, de petrecere a timpului liber etc.).
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să manifeste receptivitate la mesajele verbale și non-verbale inițiate de copil, să se joace împreună cu acesta.
- Sfătuțiți părinții și îngrijitorii să răspundă pozitiv la întrebările copilului și la cererea de ajutor, sprijinindu-l concret să depășească dificultatea.
- Este necesar de urmărit cu atenție activitatea copilului, să fie încurajat să continue și să fie lăudat pentru ce a reușit să facă; din când în când el trebuie asigurat că adultul este acolo și îl sprijină dacă are nevoie.
- Învățați părinții și îngrijitorii să pună la dispoziția copilului obiecte și jucării și să-l ajute să înceapă o activitate, stimulându-l cu întrebări, explicații.

• **Sfaturi pentru formarea abilităților de interacțiune a copilului cu copiii de vârstă apropiată**

- Sfătuțiți părinții și îngrijitorii să petreacă timp cu copilul jucându-se, oferindu-i posibilitatea să se afle în compania copiilor, indiferent de vârstă. Recomandați-le să meargă cu copilul în parc și să-l lase să se joace alături de alți copii, intervenind în jocul lui doar atunci când acesta va solicita.
- Este necesar de facilitat contactul copilului cu copii din medii culturale diverse, pentru a se familiariza cu covârșnici aparținând unor medii sociale, culturale, lingvistice diferite.
- Explicați părinților și îngrijitorilor cum să demonstreze prin propriul comportament ce înseamnă să cooperezi cu celălalt, atunci când se joacă cu copilul.

- Se recomandă de creat copilului oportunități de a se juca cu copii din medii diverse, ceea ce facilitează dezvoltarea interacțiunilor care presupun interdependența pozitivă, schimburile culturale (în joc, copiii aud cuvinte din alte limbi).
- Copilului trebuie să-i fie asigurată ocazia să se joace în mod regulat cu 1 sau 2 copii cu care este deja familiarizat.
- Învățați părinții să valorifice comportamentele copiilor atunci când interacționează pozitiv cu ceilalți copii.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a autocontrolului emoțional**

- Recomandați părinților și îngrijitorilor să construiască situații imaginare sau să descrie situații în care copilul să identifice propriile emoții și emoțiile altor persoane în diverse situații.
- Copilul trebuie încurajat să își recunoască emoțiile, iar adultul trebuie să modeleze prin propria expresivitate emoțională comportamentul copiilor.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să discute probleme legate de emoții, transmițând astfel copiilor ideea că ei acceptă că există asemenea probleme și că le oferă sprijinul; asemenea discuții contribuie la conștientizarea de către copil a diferitelor stări emoționale pe care le experimentează.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să organizeze jocuri cu mișcare la semnale: „Stăm pe loc până auzim clopoțelul”.
- Copiii trebuie încurajați să-și amâne realizarea dorințelor pe un timp: „Nu putem să mâncăm acum prăjitură, pentru că mai e foarte puțin timp până la masa de prânz. După ce te trezești, cu siguranță o să mănânci” sau „Nu putem merge în acest moment să cumpărăm creioane colorate, căci este târziu și trebuie să ajungem la bunica; ea ne așteaptă. Când plecăm de la ea, îți promit că mergem”.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a curiozității și interesului**

- Recomandați părinților și îngrijitorilor să asigure gradat obiecte noi, pe care copilul le poate explora în mediu, să descrie copilului locuri noi și oameni noi când merg în comunitate („uite poștașul; X este”).
- Copilului trebuie de oferit posibilitatea să interacționeze cu mai multe persoane, să fie extinsă treptat aria lui de interacțiuni și să fie încurajat să adreseze întrebări.
- Explicați părinților și îngrijitorilor necesitatea de a-i pune copilului la dispoziție cărți și alte materiale accesibile, care îi pot satisface interesul de cunoaștere.
- Copilul trebuie încurajat să pună întrebări, fiindu-i model. În cazul obiectelor cunoscute, copilul trebuie întrebat: „Ce este aceasta?”.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să răspundă cu promptitudine, claritate și pe înțelesul copiilor la întrebările formulate.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a inițiativei**

- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să dea sarcini noi copilului și să le descrie.
- Este necesar de asigurat copilului un mediu în care să poată explora în siguranță lucruri noi și să își asume riscuri.
- Copilul trebuie să primească variate posibilități să se joace singur și alături de alți copii.
- Copilului trebuie să i se ofere timp și oportunități pentru a face alegeri.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să-i solicite copilului să spună ce ar dori să facă într-un anumit moment al zilei (de ex., după-amiază, după ce se trezește). Este necesar de negociat împreună cu copilul petrecerea timpului: „Dorești să mergem în parc la jocuri sau să ne ducem să ne plimbăm cu bicicleta?”.

- Explicați părinților și îngrijitorilor despre necesitatea de a discuta inițiativele și activitățile adulților. Este necesar de asigurat un mediu în care copilul să nu se simtă criticat.
- Propuneți părinților și îngrijitorilor să lase materialele destinate copilului la îndemâna lui, încurajând explorarea lor.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a persistenței**

- Copilului trebuie să i se ofere ocazia de a repeta activitățile care îi fac plăcere (să refacă în mod repetat un puzzle, să construiască un turn din cuburi etc.).
- Este necesar de respectat ritmul copilului, oferindu-i timpul necesar, înainte să se plictisească de aceeași activitate.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să reducă factorii care îi pot distra atenția, de exemplu, să închidă televizorul.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să vorbească cu copilul despre activitatea pe care o desfășoară, adresându-i întrebări deschise de genul „Cum ai făcut asta? Povestește-mi”.
- Este necesar de răspuns mereu solicitării copilului de a fi ajutat.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a creativității**

- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să demonstreze copilului ce utilizări noi pot avea materialele și obiectele.
- Se recomandă de permis copilului să amestece materiale și jucării.
- Este necesar de oferit materiale, spațiu și timp copilului pentru a se juca (de exemplu, să fie amenajat un loc unde poate folosi materiale pentru pictură sau modelaj).
- Propuneți părinților și îngrijitorilor să pună la dispoziția copilului materiale care să reflecte propria cultură, pentru a le folosi în joc.
- În interacțiunile cu copilul, explicați părinților și îngrijitorilor să folosească întrebări deschise și să încurajeze limbajul descriptiv, pentru a povesti adultului ce face.
- Copilul trebuie stimulat să se prefacă a fi un personaj, să își folosească imaginația.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a limbajului și comunicării – dezvoltarea capacității de ascultare și înțelegere (comunicare receptivă)**

- Explicați părinților și îngrijitorilor să folosească un vocabular cât mai divers atunci când vorbesc cu copilul. Este necesar de rostit corect cuvintele în dialogul cu acesta.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să ceară copilului să transmită un mesaj verbal scurt în timpul jocului sau al activităților zilnice.
- Propuneți părinților și îngrijitorilor să organizeze jocuri sau să cânte, folosind discuri sau înregistrări muzicale pentru copii cu cântece în care mișcarea și gesturile însoțesc versurile; se



Copilul vorbește la telefon

recomandă jocurile împreună, punând în scenă versurile cântecelor.

- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să citească zilnic copilului, explicând cuvintele necunoscute; să introducă cuvintele noi prin povestirea/ descrierea a ceea ce experimentează copilul prin toate simțurile (ceea ce vede, gustă, pipăie, aude sau miroase).
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să joace jocuri de tip: „Ascunde obiectul”.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să ajute copilul să vorbească la telefon cu o persoană cunoscută.
- Este necesar de implicat copilul în rezolvarea unor situații simple secvențiale, repetând sarcina sau realizând acțiunea împreună la început sau de jucat jocuri de ascultare și înțelegere cu copilul

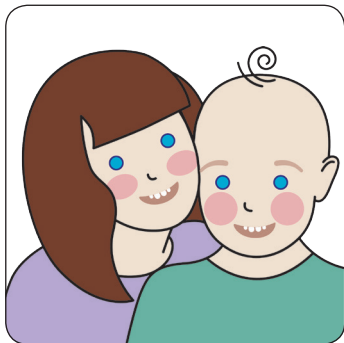
(„Fă ca mine!”).

- Atenționați părinților și îngrijitorilor să răspundă întotdeauna întrebărilor copilului. Este necesar de pus la dispoziția copilului cărți cu imagini, reviste, cu scopul de a provoca și stimula discuțiile cu acesta.

• **Sfaturi pentru dezvoltarea la copil a limbajului și comunicării – dezvoltarea capacității de vorbire și comunicare (comunicare expresivă)**

- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să ofere copilului posibilitatea de a se prezenta în diverse contexte (vecini, cunoștințe, personal din grădiniță, medic).
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să povestească copilului istorioare despre familie, cultura acesteia sau comunitatea din care provine.
- Este necesar de ajutat copilul să realizeze corespondența dintre număr și cantitate, prin imitație, până la împlinirea vârstei de 3 ani.
- Explicați părinților și îngrijitorilor să răspundă întrebărilor copilului, să-l stimuleze să adreseze întrebări despre obiecte și fenomene interesante. Copilului trebuie de adresat întrebări deschise, oferind modele pentru întrebările adresate de acesta.
- Este necesar de pus la dispoziția copilului cărți cu imagini care reprezintă diferite categorii (ex.: cărți cu imagini de tipul animalul și puiul său, obiecte de uz casnic, jucării etc.).
- Părinții și îngrijitorii trebuie să ofere modele în folosirea tonului, intonației vocii copilului în vorbire, acționând ca un model de comunicare.
- Când părintele sau îngrijitorul citește povești copilului, se recomanda să folosească diferite marionete, păpuși pe degete, pentru a-l învăța să descifreze și să folosească limbajul non-verbal.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să folosească în mod constant în vorbire descrierea rutinelor zilnice: „Ne-am trezit după somnul de amiază și ne pregătim să mergem la joacă: mai întâi mergem la baie, ne spălăm, apoi ne schimbăm hainele...”.
- Când copilului îi sunt adresate întrebări, este necesar de alocat timp suficient pentru ca acesta să răspundă adultului.
- Se recomandă de angajat copilul în conversații și să-i fie adresate întrebări deschise, fără să fie încurajate răspunsurile monosilabice.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să joace cu copilul jocuri de tip: „Eu spun una, tu spui mai multe”.
- Explicați părinților și îngrijitorilor să accepte momentul opoziției traversat de copil.
- Sfătuiți părinții și îngrijitorii să reformuleze întrebările în forma corectă, să utilizeze propoziții dezvoltate în comunicarea cu copilul, să încurajeze exprimarea copiilor în propoziții complete.
- Recomandați părinților și îngrijitorilor să utilizeze modalități diferite de a exprima aceleași lucruri, expunând copilul unui vocabular cât mai divers. Trebuie să fie lăudată folosirea cuvintelor noi de către copil în situații și contexte diferite.
- Propuneți părinților și îngrijitorilor să joace jocuri de despărțire a cuvintelor în silabe, pentru a facilita pronunția cuvintelor alcătuite din mai multe silabe.
- Jucați jocuri de tipul „Săculețul fermecat” pentru dezvoltarea capacității de exprimare a experiențelor senzoriale. Inițiați jocuri fizice/de explorare/senzoriale, dându-i copilului șansa să verbalizeze experiențele trăite.
- Oferiți-i copilului explicații adecvate nivelului de înțelegere, de exemplu, arătați modul de funcționare, utilitatea obiectului respectiv.

REGULI DE IGIENĂ ORALĂ PENTRU A MENȚINE STAREA DE SĂNĂTATE LA COPIL



Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea orală drept „o stare eliberată de durere cronică a regiunii orale și faciale, de cancer oral și în regiunea gâtului, de existența leziunilor orale, a defectelor congenitale (despicăturile de buză și palat), de boli parodontale, de leziuni carioase și pierderea unităților dentare și alte afectări și tulburări care pot afecta cavitatea orală”. Astfel, sănătatea orală înseamnă mai mult decât dinți sănătoși, accentul fiind pus din ce în ce mai pregnant pe implicațiile psiho-sociale și de calitate a vieții.

Afecțiunile orale reprezintă o importantă problemă de sănătate publică, implicând un cost social și economic considerabil. Acestea pot determina consecințe semnificative asupra stării de sănătate, fiind implicate în etiologia multora dintre bolile cronice. Afecțiunile orale, printre care putem enumera cariile dentare, pierderea dinților, boala parodontală, au un impact major asupra indivizilor, dar și asupra societății, prin impactul economic și prin reducerea calității vieții.

Starea sănătății orale afectează calitatea vieții copiilor în principal prin efecte asupra consumului alimentelor, igienizării cavității orale, stabilității emoționale și a funcției estetice. Principalii factori care au impact asupra calității vieții cotidiene a copiilor sunt: durerea dentară, lipsa dinților permanenți din cauza extracției lor precoce în urma afectării prin carie și a complicațiilor ei, traumatismele dentare și a regiunii oro-maxilo-faciale.

Igiena orală este una dintre cele mai importante deprinderi pe care părintele trebuie să le formeze la copilul mic. Obiceiurile formate la această vârstă îl va ajuta să își păstreze dantura sănătoasă pe tot parcursul vieții.

IMPORTANT! Abia pe la 4-5 ani copiii au aptitudinile motorii pentru a-și peria singuri dinții, însă până atunci, **spălatul pe dinți este o activitate ce îmbină efortul părintelui și al copilului.**

Părinții trebuie să aibă grijă de dințișorii copilului încă de la apariție și trebuie să-l ducă pe cel mic la stomatolog la mai puțin de 6 luni de la apariția dinților. Medicul va stabili dacă părinții spală dințișorii într-un mod corect și va detecta din timp eventualele probleme.

Cum de îngrijit dinții sugarului

Chiar înainte de erupția primilor dinți, apariția și sănătatea acestora vor fi influențate de anumiți factori. De exemplu, tetraciclina, un antibiotic frecvent folosit, poate cauza pătarea dinților. De aceea, tratamentul cu tetraciclina nu se recomandă mamelor care alăptează sau femeilor aflate în a doua jumătate a perioadei de sarcină.

Metodele obișnuite de menținere a sănătății orale, ca periajul și folosirea aței dentare, nu sunt necesare la sugari, deoarece primii dinți încep să apară din a șasea lună de viață. Însă și pentru sugari există anumite măsuri de sănătate orală pe care trebuie să le cunoască orice părinte. Acestea includ prevenirea „cariilor de biberon” și asigurarea unui aport suficient de fluor pentru copil.

Ce sunt „cariile de biberon” și cum se pot preveni?

„Cariile de biberon” sunt determinate de expunerea frecventă a dinților, în timp, la lichide îndulcite.

Acestea includ laptele și sucurile de fructe.

Lichidele îndulcite se acumulează în jurul dinților timp îndelungat, în timpul somnului copilului, ducând la apariția cariilor dentare care încep să se dezvolte pe dinții frontali de sus și de jos.



Din această cauză, părinții nu trebuie să lase copilul să adoarmă cu biberonul cu lapte sau suc de fructe în gură. În loc de acestea, se poate de oferit copilului biberonul cu apă sau o suzetă. Dacă sugarul este alăptat, nu trebuie să fie lăsat să se hrănească încontinuu.

Pentru a preveni „cariile de biberon” recomandați mamei să șteargă dinții și gingiile copilului cu o **compresă curată de tifon sau degetar de silicon** după mâncare, cel puțin o dată pe zi seara înainte de culcare, dar este preferabil să se procedeze astfel chiar de două ori pe zi, dimineața și seara.

Periajul dentar la copilul mic și cum să fie aleasă perișța de dinți

De când erup primii dinți, trebuie neapărat început periajul acestora. Atunci când se alege perișța pentru cel mic trebuie luată în considerare vârșta copilului și dimensiunile pe care trebuie să le aibă perișța.



Pentru copiii până la doi ani perișța trebuie să aibă capul de 15 mm, iar pentru copiii între 2 și 6 ani capul perișței poate avea 19 mm.

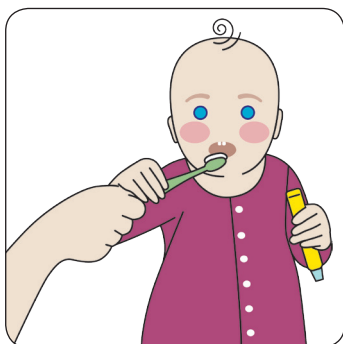
Perii trebuie să fie foarte moi. Se recomandă de ales o perișța colorată foarte viu sau care are diverse “artificii” ce îl vor atrage pe copil. Părinții trebuie să aibă grijă însă la componentele perișței – acestea nu trebuie să se desprindă cu ușurință, fapt ce constituie un pericol de sufocare.

Mânerul perișței trebuie să fie mai lung, pentru ca părintele să o poată manevra corect și este ideal să aibă o peliculă de cauciuc, anti-alunecare. Perișța de dinți trebuie să fie înlocuită la fiecare 3 luni, sau de fiecare dată când perii se deformează.

Indicațiile generale în ceea ce privește tehnica periajului dentar sunt următoarele: periajul trebuie să asigure curățarea tuturor suprafețelor dentare, iar fiecare nouă plasare a perișței să igienizeze parțial zona anterior periată.

Cum de învățat copilul mic să se spele pe dinți

Copiii mici ar trebui să se spele pe dinți după fiecare masă, pentru a preveni formarea *plăcii dentare* – acea substanță lipicioasă formată din resturi alimentare, care se atașează pe dinți și duce la apariția cariilor. Igiena minimă trebuie să includă spălarea pe dinți de seară, înainte de culcare.



În timpul nopții se produce mai puțină salivă care este esențială pentru curățarea cavității bucale și evitarea cariilor.

Până la vârșta de 2 ani periajul dentar se face doar cu apă, fără pastă de dinți, iar după această vârsă se va folosi o cantitate minimă – un bob de mazăre – și părinții trebuie să aibă grijă ca copilul să nu înghită pasta.

Pentru a spăla dinții copilului, părintele trebuie să aleagă o poziție din care să aibă acces și să poată vedea cu ușurință gurișta celui mic.

Suprafața dinților trebuie curățată cu mișcări circulare, iar pentru suprafețele interioare periuta trebuie înclinată. Trebuie evitate mișcările orizontale, deoarece pot leza gingiile și dinții. Se curăță fiecare suprafață a fiecărui dinte.

Un periaj corect ar trebui să dureze aproximativ 2 minute.

Cea mai bună metodă de a-l învăța pe cel mic să se spele singur pe dinți este exemplul părinților. Părinții pot pune în baie un scaun special pentru copil, ca acesta să se poată privi în oglindă. Dacă cel mic refuză să deschidă gurița, părinții pot să-l facă să râdă, iar în momentul în care deschide gura, să bage periuta. O idee bună este transformarea periajului dentar într-o activitate plăcută și amuzantă.

De la vârsta de 4-5 ani trebuie să fie inclusă și **ața dentară** în igiena orală a copilului. Aceasta trebuie să fie folosită cel puțin de 2 ori pe săptămână, în locurile în care există doi dinți alăturați. Ața trebuie introdusă între dinți cu grijă, fără a fi trasă – poate fi lezată gingia – și „răzuită” suprafața fiecărui dinte, pentru a îndepărta bacteriile și resturile alimentare. După utilizarea aței dentare copilul trebuie să clătească gurița cu apă, apoi să se spele (sau să fie spălat) pe dinți.

Pentru a învăța copiii să aibă grijă de dinții și gingiile lor, pentru a reduce riscul apariției cariilor, învățați părinții aceste reguli simple:

- Periajul dinților trebuie să fie de două ori pe zi cu o pastă de dinți fluorurată, recomandată de medicul dentist și care este potrivită vârstei copilului, pentru a îndepărta placa bacteriană.
- O dietă echilibrată, cu un conținut scăzut de zaharuri și amidon, reduce riscul de producere a acizilor care determină formarea cariilor. Totodată, consumul alimentelor cu conținut de zaharuri și amidon trebuie să fie doar în timpul meselor și nu între mese, deoarece secreția de salivă din timpul meselor ajută la eliminarea resturilor alimentare dintre dinți.
- Utilizarea produselor de igienă dentară cu fluor, inclusiv pastă de dinți fluorurată.

Vizitele cu copilul la medicul dentist pentru controlul de rutină o dată la 6 luni.

IMPORTANȚA PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE MENTALĂ A MAMEI ÎN PERIOADA POSTNATALĂ ASUPRA DEZVOLTĂRII ȘI BUNĂSTĂRII COPILULUI

Apariția unui copil în viața unei femei este unul dintre cele mai importante momente. Pregătirile pentru intrarea micuțului în familie încep cu multe luni înainte ca acesta să apară. Se cumpără lucruri, căruț, pătuț, leagăn și se pregătește camera.

Însă chiar în lunile premergătoare nașterii se poate întâmpla ca viitoarea mamă să aibă diferite stări de dispoziție mixte, stări de irascibilitate, de tristețe, de neliniște sau îngrijorare, care alternează cu stările de bine și bucurie. Indiferent cât de pregătită este viitoarea mamă, se poate întâmpla ca aceste stări să continue și după naștere.

„Ce se întâmplă cu mine? Am născut și am un copil, sunt fericită, dar în același timp mă simt tristă, neliniștită și îmi vine să plâng din orice...”

Tulburările emoționale care apar în urma nașterii se împart în trei categorii: **„baby-blues”** sau **„tristețea postnatală”, depresia postnatală și nevroza postnatală.**

„Baby-blues” sau „tristețea postnatală”

Este o tulburare emoțională des întâlnită în primele 10 zile după naștere. Cunoscută sub denumirea de „tristețe postnatală”, afectează până la 70% dintre femeile care au născut, fiind o stare tranzitorie, care nu deteriorează funcționarea mamei. Simptomele care apar sunt plânsul aparent fără motiv, nerăbdarea, nervozitatea, iritabilitatea și agitația. Studiile au demonstrat că simptomele afective și anxioase din timpul sarcinii și „tristețea postnatală” cresc riscul pentru un episod depresiv major postpartum. De asemenea, un istoric familial de tulburări afective crește riscul de apariție a unei tulburări postpartum. În urma nașterii unui copil, modificări emoționale de tipul „tristeții postnatale” pot apărea și la proaspătul tătic. Acesta poate fi influențat de stările mamei și se pot activa sentimente de inutilitate, teama că nu mai este iubit, respectat, că își pierde locul în afecțiunea soției, că nu mai poate susține moral și financiar familia. Totodată, copilul simte emoțiile mamei, deci este foarte posibil ca, atunci când apar tulburările postpartum, bebelușul să fie mai agitat, să nu doarmă bine, să nu mănânce bine.

Depresia postnatală (postpartum)



Mama cu simptome de depresie postnatală

Depresia postnatală este o complicație frecventă a sarcinii și nașterii. După datele Organizației Mondiale a Sănătății, în primele 3 luni după naștere 14,5% dintre femei manifestă un episod depresiv major, în timp ce 10-20% dintre mame manifestă depresie pe parcursul perioadei postpartum. Prin definiție, depresia postpartum reprezintă un episod depresiv cu debut în primele 4 săptămâni după nașterea copilului.

Simptomele depresiei postpartum includ fluctuații de dispoziție, labilitate afectivă și preocupări referitoare la bunăstarea copilului, intensitatea acestora mergând de la preocupare exagerată până la idei delirante.

IMPORTANT! La femeile care prezintă ruminatii severe sau idei delirante referitoare la copil, depresia postpartum este asociată cu un risc mare de vătămare a copilului.

Factori de risc pentru depresia postpartum

- istoric de depresie, alte probleme de sănătate mentală, sindrom premenstrual;
- sensibilitatea la modificări hormonale – scade brusc cantitatea de estrogen, progesteron și hormonii glândei tiroide;
- sarcina neplanificată;
- nașterea prematură a copilului sau nașterea copilului cu defecte congenitale;
- boli în perioada sarcinii;
- dificultăți maritale;
- mama solitară;
- lipsa suportului social;
- dificultăți financiare;
- lipsa somnului și a odihnei;
- alți factori de stres: schimbări în viața personală, boală, moartea unei persoane apropiate etc.

Depresia postpartum poate avea **cauze socio-culturale**:

- *Mitul că maternitatea este instinctivă*, iar femeia este sub presiunea stereotipurilor de genul „trebuie să știu cum să mă port cu copilul”, „trebuie să am anumite sentimente față de copil imediat”.
- *Mitul că fiecare copil este perfect, iar toate dificultățile sunt din cauza mamei*. Totuși, copiii au temperamente diferite, unii sunt mai liniștiți și mai ușor de îngrijit, alții mai activi și mai dificil de liniștit. Pentru unele mame este dificil să se adapteze la stilul copilului.
- *Mitul că femeia trebuie să fie mamă perfectă*. În cazul acestui stereotip femeia simte dorința și presiunea de a fi perfectă, ceea ce crește îndoiala și anxietatea față de propriile acțiuni față de copil.

Semnele/simptomele depresiei postpartum:

- stări emoționale, deprimare sau furie;
- sentimente de tristețe, îndoială, vină, neajutorare sau neputință, care se intensifică de la o săptămână la alta și împiedică funcționarea eficientă a mamei;
- femeia nu mai este capabilă să aibă grijă de sine sau de copil, are dificultăți în a face sarcinile tipice acasă sau la muncă;
- prezintă schimbări de apetit;
- are preocupări și îngrijorări intense pentru copil sau manifestă lipsa interesului pentru copil;
- prezintă anxietate și atacuri de panică, teama de a rămâne singură cu copilul;
- teama de a nu-i face rău copilului;
- femeia poate avea gânduri de autorănire sau suicid.

Femeile care suferă de depresie postnatală pot avea multe dintre aceste simptome, ce pot varia ca intensitate. Trăirea acestor simptome poate schimba spectrul afectiv, aducând sentimente de vinovăție, teamă și mai ales de izolare pentru proaspăta mamă.

IMPORTANT! Depresia postpartum nu este relaționată cu vârsta mamei sau cu numărul de copii pe care îi are.

Mituri despre depresia postpartum:

„Depresia trece de la sine”;

„Fiecare dintre noi avem depresii”;

„Depresia este o dovadă de slăbiciune sau de lipsă de voință”;

„Trebuie să poți depăși de unul singur depresia”;

„Depresia nu este o problemă serioasă”;

„Sunt mofturi, ar trebui să-și revină și să aibă grijă de copil”.

Se apelează la ajutor specializat dacă mama se teme să nu se rănească pe sine, să nu rănească copilul sau pe cei din jur sau dacă apar comportamente bizare, halucinații vizuale, olfactive, kinestezice sau gânduri care nu au bază în realitate (teama că este urmărită sau furată).

Strategii de intervenție timpurie în depresia postpartum:

- Intervenții psihosociale: vizite la domiciliu imediat după naștere, vizite de follow-up (monitorizarea mamei pe o perioadă de un an de zile după nașterea copilului și după identificarea depresiei postpartum).
- Intervenții psihologice: psihoeducație, validarea emoțională, prescripții comportamentale.
- Implicarea familiei în asistența persoanei cu depresie postpartum.

Rolul asistentului medical de familie în timpul vizitelor la domiciliu constă în identificarea cazurilor suspecte de „tristețe postnatală” la gravide la termenul de 32-36 de săptămâni sau a depresiei postnatale la mamele care au copil cu vârsta de 14 zile. Cazurile suspecte trebuie să fie raportate medicului de familie, pentru a decide asupra unui plan de intervenție.

Instrumentul pentru identificarea timpurie a depresiei postpartum reprezintă Scala Edinburgh de Depresie Postpartum (Anexa 2), alcătuită din 10 întrebări. Acest chestionar este un instrument valoros și eficient pentru a identifica femeile cu risc pentru depresie din perioada postnatală.

Conform studiilor științifice, Scala Edinburgh de Depresie Postpartum este ușor de administrat și este un instrument eficient de screening. Mamele care acumulează un scor mai mare de 13 puncte au probabilitate de a suferi de episod depresiv cu diferit grad de severitate.

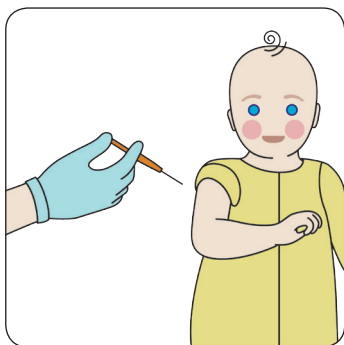
Scorul Scalei Edinburgh de Depresie Postpartum nu substituie decizia clinică. Acest chestionar nu permite diagnosticarea mamelor cu anxietate, fobii sau dereglări de personalitate. Pentru a stabili diagnosticul este necesară o evaluare clinică detaliată.

Respondenta este rugată să sublinieze răspunsul care este cel mai aproape de felul cum s-a simțit în ultimele 7 zile. Trebuie să se răspundă la toate cele 10 întrebări. Este necesar să se evite ca respondenta să discute cu alții cum să răspundă la întrebări. Respondenta trebuie să răspundă ea însăși la întrebări, chiar dacă are dificultăți în citirea și înțelegerea textului.

În situații incerte este util de repetat chestionarea peste 2 săptămâni.

VACCINAREA COPILULUI - CUM SĂ COMUNICĂM CU PĂRINȚII

O comunicare sinceră și pasionată este extrem de importantă atunci când le vorbiți părinților despre vaccinuri și vaccinări. Părinții sau persoanele care îngrijesc de copii trebuie să simtă și să știe că întrebările puse de ei sunt bine-venite și că ei vor găsi răspunsuri la medicul de familie sau asistenta acestuia. La rândul lor, cadrele medicale trebuie să fie pregătite să asculte și să răspundă clar, pe înțelesul părinților.



Aptitudinile de comunicare ale cadrelor medicale reprezintă un factor extrem de important al reușitei activităților de vaccinare. Deseori, comportamentul și modul în care cadrele medicale comunică cu părinții influențează semnificativ decizia acestora de a vaccina sau nu copilul. Pe lângă aceasta, unii părinți pot cere informații adăugătoare și mai detaliate despre vaccinuri și vaccinare.

Deoarece există multe întrebări și mituri despre imunizarea copilului, **dumneavoastră rămâneți a fi cea mai de încredere sursă de informații pentru părinți** despre orice problemă de sănătate a copilului, inclusiv despre imunizare. Acest lucru este valabil chiar și pentru părinții cu

cele mai multe întrebări și preocupări. Relația dumneavoastră cu caracter personal unic vă califică pentru a ajuta părinții să ia o decizie corectă privind imunizarea copilului.

Când vorbiți despre imunizare, utilizați cuvinte simple, dar dovedite științific despre beneficiile vaccinării. Străduiți-vă să mențineți încrederea și să fiți deschiși spre comunicare oricând este necesar să o faceți.

BOLILE INFECȚIOASE CARE POT FI PREVENITE PRIN VACCINARE

- 1. TUBERCULOZA** afectează, îndeosebi, organele respiratorii și oasele, fiind transmisă pe cale aeriană. Se manifestă cu febră periodică, scăderea poftei de mâncare, slăbiciuni și scăderea greutății corpului. Afectează grav dezvoltarea și creșterea copilului, se supune greu tratamentului și duce frecvent la dizabilitatea copilului și chiar la deces.
- 2. HEPATITA VIRALĂ B („gălbănări”)** este o afecțiune gravă a ficatului, care evoluează în ciroză, cancer și poate provoca decesul. Mama infectată transmite virusul la făt în timpul nașterii. Prezintă pericol și obiectele folosite în comun cu persoana infectată (periuța de dinți, pieptenele ș.a.), instrumentele medicale contaminate cu sânge infectat (chirurgical și stomatologic).
- 3. POLIOMIELITA** determină paralizii grave, uneori ireversibile. Virusul se transmite pe cale fecal-orală, prin consumarea alimentelor sau a apei contaminate, precum și pe cale aeriană, prin secreții nazo-faringiene de la bolnav. Paralizia mușchilor corpului răspunde nesemnificativ la tratament și duce la dizabilitate pe viață sau la deces.
- 4. DIFTERIA** se transmite pe cale aeriană și se manifestă prin angină puternică, care împiedică respirația normală. Toxina difterică, care se răspândește în organism, determină fenomene toxice la distanță, afectând mai ales inima (miocardită) și sistemul nervos. Tratamentul poate salva viața doar la nouă din zece bolnavi.
- 5. TETANOSUL** este o infecție cu risc înalt din cauza prezenței permanente a microbului în solul contaminat cu dejecte animale. Provoacă contracturi musculare generalizate și rigiditate corporală, cu dificultăți de respirație și probleme cardiace. Boala este deosebit de gravă la nou-

născuți. În cazul copiilor, decesul se produce în majoritatea cazurilor.

- 6. TUSEA CONVULSIVĂ** („tusea măgărească”) se transmite pe cale aeriană. Începe cu semne generale (febră, stare de slăbiciune) și, în scurt timp, apare tusea „lătrătoare” în crize lungi, până la vomă, care împiedică copilul să mănânce, să bea și chiar să respire. Cauzează pneumonii grave și complicații la nivelul sistemului nervos. Se tratează foarte greu și, la copiii de până la un an, adesea duce la deces.
- 7. INFECȚIA CU Hib** (*Haemophilus influenzae tip B*) produce infecții severe la copiii sub 5 ani, formele grave fiind mai frecvente la sugarii cu vârsta de peste 2 luni. Sursa de infecție sunt purtătorii asimptomatici (frații mai mari, părinții, rudele apropiate). Se manifestă prin meningite purulente, pneumonii grave, infecții ale urechilor, care sunt dificil de tratat. Complicațiile pot duce la deces sau dizabilitate pe viață.
- 8. INFECȚIA CU ROTAVIRUS** este cea mai frecventă cauză de gastroenterocolită acută la sugar și copilul mic, în anotimpul rece. Formele clinice severe sunt asociate cu colaps, vărsături și diaree apoasă fără sânge. Transmiterea infecției este redusă printr-o atentă igienă a mâinilor, a alimentației, dar și a jucăriilor, mobilierului, grupurilor sanitare (în special, în colectivitățile de copii). Alimentația naturală la sân reduce riscul de infecție cu rotavirus la sugari. În afara complicațiilor apărute în sistemul digestiv (deshidratare severă, perturbări metabolice, convulsii febrile), s-au constatat și cazuri de encefalită cauzată de acest virus.
- 9. INFECȚIILE CU PNEUMOCOC** includ pneumonia, meningita, otita medie, sinuzita și bronșita. Copiii care au supraviețuit unei meningite pneumococice pot rămâne cu deteriorarea auzului, probleme neurologice focale și întârziere în dezvoltarea mentală. În dese cazuri, microbul este rezistent la antibioticele administrate și lasă sechele grave.
- 10. RUJEOLA** („pojarul”) este o infecție extrem de contagioasă, transmisă pe cale aeriană, cu febră mare, tuse, secreții nazale și oculare și erupție cutanată. Copiii mici fac complicații pulmonare, cardiace și neurologice grave și mortalitatea este destul de înaltă.
- 11. OREIONUL** (PAROTIDITA EPIDEMICĂ, „purcel”) determină inflamarea glandelor salivare, virusul fiind transmis prin aer prin intermediul picăturilor de secreții de la bolnavi. Afectează și pancreasul, testiculele la băieți (orhită), cu riscul dezvoltării sterilității. Complicațiile din partea sistemului nervos (meningita, encefalita) pot fi urmate de sechele pe termen lung (surditate).
- 12. RUBEOLA** se transmite pe calea aerului sau de la mamă la făt. La copil se manifestă cu febră moderată, mărirea ganglionilor, erupții pe piele. Este deosebit de periculoasă pentru gravide în primul trimestru de sarcină, deoarece infecția fetală determină malformații congenitale ale fătului sau avort spontan. Copiii cu rubeolă congenitală (infecțati intrauterin) pot transmite virusul timp de 1 an sau chiar mai mult.

CE AȚI PUTEA SĂ AUZIȚI DE LA PĂRINȚI?

• Întrebări privind legătura dintre vaccinuri și autism

Părinții pot auzi sau citi informații greșite privind relația dintre vaccinare și autism. Nu există dovezi științifice despre faptul că orice tip de vaccin ar putea determina tulburări de dezvoltare neurologică, precum autismul sau alte dereglări.

Dacă părinții aduc alte ipoteze posibile, care fac legătură între vaccinuri și autism, există câteva elemente principale pentru a-i convinge:

1. sănătatea copilului este atât prioritatea lor principală, cât și prioritatea dumneavoastră și nu merită să riscați cu sănătatea copilului fără dovezi științifice privind legătura dintre vaccinuri și autism;

2. opinia dumneavoastră personală și profesională că vaccinurile sunt foarte sigure, și
3. reamintiți că bolile care pot fi prevenite prin imunizare sunt boli care pot provoca complicații grave și chiar moartea și rămân a fi o amenințare în continuare pentru sănătatea publică în Republica Moldova.

• **Întrebări despre riscurile și beneficiul imunizării**

Astăzi mulți părinți nu au văzut cazuri grave de boli infecțioase prevenibile prin imunizare, cum ar fi poliomielita, difteria, tetanosul etc. Prin urmare, ei s-ar putea întreba dacă vaccinurile sunt cu adevărat necesare și să creadă că riscurile de vaccinare a sugarilor sunt mai mari decât beneficiul de a-l proteja de multe boli infecțioase.

În acest caz, ați putea să furnizați informații din propria experiență cu privire la gravitatea bolilor, la cazurile și focarele de boli înregistrate în prezent în țară și să relatați că, chiar și atunci când bolile sunt eliminate, există riscul să te infectezi, dacă nu ești vaccinat, călătorind în alte țări cu nivel înalt de morbiditate. De asemenea, aveți posibilitatea să le amintiți părinților despre eforturile depuse pentru a asigura inofensivitatea vaccinurilor.

• **Întrebări despre numărul necesar de vaccinuri**

Unii părinți pot fi îngrijorați de faptul că există prea multe vaccinuri care trebuie administrate copilului până la 6 luni.

În acest caz informațiile despre calendarul vaccinărilor și schema de administrare pot fi utile pentru acești părinți și pentru cei care au întrebări specifice.

Comunicați despre necesitatea fiecărui tip de vaccin și despre faptul că se permite administrarea simultană a mai multor tipuri de vaccinuri, fără a dăuna copilului.

Oferiți informații privind cele mai frecvente mituri despre vaccinuri și convingeți-i pe părinți că pentru a obține o imunitate durabilă la unele boli este nevoie de a vaccina copilul cu toate dozele necesare.

• **Întrebări despre efectele secundare cunoscute**

Este rezonabil pentru părinți să fie preocupați de posibilele reacții adverse după administrarea vaccinului, cum ar fi febra, nervozitatea, roșeața.

Oferiți-le părinților informații cum să se comporte în cazul apariției unor reacții adverse sau efecte secundare și în ce caz vă pot solicita ajutorul sau sfatul. Amintiți-le despre faptul că complicațiile postvaccinale serioase se întâlnesc foarte rar și copilul, înainte de a fi imunizat, a fost examinat, pentru a se exclude contraindicațiile posibile.

Încă o dovadă ar fi că efectele secundare sunt de scurtă durată, în timp ce boala este mult mai serioasă și mai gravă.

RECOMANDĂRI PENTRU COMUNICAREA CU PĂRINȚII

Ce este vaccinarea?

– Este o modalitate de a ne apăra copiii împotriva unor boli. Odată vaccinat, organismul este mai pregătit pentru a lupta împotriva multor boli.

De ce avem nevoie de vaccinare?

– Organismul nostru posedă un sistem natural de apărare împotriva infecțiilor, care se numește sistemul imun; el produce anumite substanțe, care luptă împotriva bolilor și infecțiilor. Dar nu întotdeauna organismul face față bolilor și este nevoie să-l ajutăm.

- Vaccinarea face posibilă această luptă și este metoda cea mai sigură și cea mai eficientă de protejare a copiilor împotriva unor boli extrem de severe.

Cum se face vaccinarea?

- Copilului i se face o injecție în coapsă sau în partea superioară a brațului. Unele vaccinuri se pot administra pe cale orală (un lichid pe care-l înghite).

Cum acționează vaccinurile?

- Vaccinurile conțin fragmente mici de bacterii sau virusuri, care determină boala respectivă. Vaccinurile sunt prelucrate, astfel încât să nu producă boala, ci prin acțiunea lor să stimuleze organismul să producă anticorpi.

De ce trebuie să ne vaccinăm, dacă boala a dispărut la noi în țară?

- Bolile sunt prezente încă în multe țări, unde nu toți copii sunt vaccinați și, călătorind în străinătate, există riscul de infectare cu aceste boli.
- Unele bacterii și virusuri circulă în mediul înconjurător și dacă nu imunizăm copiii, există riscul de apariție a cazurilor noi de boală sau chiar epidemii.

Cum putem ști dacă vaccinarea este sigură?

- Înainte de a se administra un vaccin, acesta este testat, dacă nu pune în primejdie viața copilului. Pe piață sunt puse numai vaccinuri verificate și testate pentru siguranță.

Ce se va întâmpla dacă copiii nu primesc vaccinurile la vârsta indicată?

- Vaccinurile vor avea același efect. Nu este niciodată prea târziu de vaccinat copiii. Totuși, este necesar ca ei să fie vaccinați cât mai aproape de vârsta indicată în calendarul național de vaccinare.
- În cazul în care copilul „întârzie” cu vaccinarea, medicul va stabili o schemă individuală pentru el.
- Dacă din anumite motive s-a făcut o pauză în vaccinarea cu un anumit vaccin, nu este nevoie să fie reluată schema de la început, ci se continuă imunizarea în conformitate cu calendarul.

Este necesar de administrat medicamente în scop de pregătire a copilului pentru vaccinarea cu vaccinul DTP?

- În corespundere cu recomandările producătorului de vaccinuri, copilul sănătos nu necesită administrarea de preparate medicamentoase în scop de pregătire specială pentru vaccinare.
- În cazul în care copilul suferă de anumite boli concomitente, recomandările în vederea necesității de pregătire a copilului sunt date de medicul specialist, la evidența căruia se află copilul.

Ce reacții nedorite pot să apară după vaccinare?

Efectele adverse ale vaccinurilor sunt în general minore. Dacă apar în cele din urmă, acestea pot cuprinde:

- Roșeață ușoară, umflătură sau durere în zona în care s-a injectat vaccinul.
- Mărirea în dimensiuni a ganglionilor limfatici regionali.
- Temperatură ridicată a corpului.
- Plâns de lungă durată, pierderea poftei de mâncare la unii copii.
- Erupecie cutanată în zilele 7-14 după imunizarea cu ROR.

Cum ne dăm seama dacă a apărut febra?

- Febra este un simptom foarte des întâlnit la copii după administrarea vaccinului și este bine de știut cum de procedat. În cazul în care copilul are o temperatură de peste 38,0-38,5 °C după vaccinare,

se administrează Paracetamol sau Ibuprofen corespunzător greutatei corporale și vârstei copilului (învățați mama să se autoverifice de fiecare dată, citind prospectul medicamentului), iar dacă febra persistă, recomandați părinților și îngrijitorilor să solicite ajutor medical.

Există motive pentru care copilul nu ar trebui imunizat?

– Sunt foarte puține situațiile în care copiii nu ar trebui imunizați. Sfătuiți părinții și îngrijitorii că atunci când merg cu copilul la medic pentru vaccinare, să informeze medicul în cazul în care copilul are febră, urmează un tratament, prezintă o alergie severă, are tulburări ale sângelui sau a avut convulsii.

STRATEGII DE COMUNICARE - CUM SE OBTINE UN DIALOG DE SUCCES?

O discuție de succes despre imunizări implică o conversație în ambele sensuri, cu schimbul de informații și de întrebări din ambele părți. Profitați de șansele timpurii, cum ar fi perioada prenatală și vizitele la domiciliu conform Standardului de supraveghere a copilului sănătos, pentru a iniția un dialog despre imunizări. De asemenea, puteți oferi materiale informaționale disponibile sau referințe la WEB site-uri despre imunizare de încredere. Aceasta va oferi posibilitatea de a sensibiliza opinia părinților și îngrijitorilor despre vaccinuri și a genera întrebări privind beneficiul lor.

Acordați timp pentru a-i asculta pe părinți

Dacă părinții au nevoie să discute despre vaccinuri, oferiți-le toată atenția, chiar dacă aveți un program suprasolicitat. Mențineți contactul vizual cu părinții, asigurați-vă că ați înțeles punctul lor de vedere și faceți o pauză pentru a pregăti un răspuns convingător. Dorința dumneavoastră de a asculta va juca un rol important și îi va ajuta pe părinți să ia o decizie corectă.

Solicitați întrebări

Dacă părinții par a fi preocupați de anumite probleme ce țin de imunizare, dar sunt prea reticenți pentru a vorbi, solicitați întrebări deschise. Fiți toleranți la emoțiile, sentimentele și frica lor pentru sănătatea copilului. Amintiți-le că grija pentru sănătatea copiilor este o prioritate esențială atât pentru părinți, cât și pentru lucrătorii medicali.

Mentțineți un dialog de succes

În cazul în care părinții vin cu o listă de întrebări sau informații selectate din diferite surse din internet, inclusiv eronate, nu interpretați acest lucru ca pe o lipsă de respect față de lucrătorii medicali. Aceasta demonstrează faptul că problemele legate de vaccinuri sunt un subiect important pentru părinți. Dacă sunteți jignit de întrebări sau ofensați părinții, atunci dialogul nu va fi reușit și încrederea poate fi pierdută. Respectați autoritatea părinților.

Știința versus mituri

Prea mulți termeni și prea multe dovezi științifice îi pot frustra pe unii părinți, prea puține dovezi – pe alții. Se recomandă să utilizați, pe lângă dovezile științifice, și experiența dumneavoastră cu privire la un copil neprotejat, care a devenit bolnav, sau exemplul propriei familii. În dependență de fiecare caz în parte, alegeți tactica de comunicare individual. Amintiți-vă că nu toți părinții doresc să posede același nivel de informații medicale sau științifice despre vaccinuri. Prin evaluarea nivelului de informații pentru fiecare caz individual se poate comunica mai eficient.

Recunoașteți beneficiile și riscurile

Întotdeauna discutați sincer despre efectele adverse cunoscute, cauzate de vaccinuri. Nu uitați însă

să le reamintiți părinților despre importanța necesității de prevenire a bolilor grave prin imunizare!

În caz că părinții refuză să-și vaccineze copilul

În cazul refuzului de imunizare a copilului, asigurați-vă că părinții sunt informați despre riscurile posibile de a contacta boli destul de grave. La fiecare vizită, amintiți-le părinților despre necesitatea vaccinărilor. În cazul unui copil bolnav nevaccinat, luați măsuri de precauție posibile, pentru a preveni contactul cu alți pacienți.

MIT ȘI ADEVĂR DESPRE IMUNIZĂRI

MIT: VACCINURILE NU SUNT SIGURE

ADEVĂR: PRODUCĂTORII DE VACCINURI NU ÎȘI POT COMERCIALIZA VACCINURILE DECÂT DUPĂ ÎNDEPLINIREA CONDIȚIILOR DE REGLEMENTARE REFERITOARE LA SIGURANȚA ȘI EFICACITATEA ACESTORA

Toate vaccinurile sunt evaluate de Agenția Europeană a Medicamentului, de rând cu alte agenții, care monitorizează locul și modul în care sunt fabricate vaccinurile. Uzinele de fabricare a vaccinurilor sunt atestate și inspectate periodic de Organizația Mondială a Sănătății.

MIT: VACCINURILE AU EFECTE ADVERSE PE TERMEN LUNG

ADEVĂR: VACCINURILE AU REACȚII ADVERSE, DAR NICIUNUL DINTRE ELE NU ESTE LA FEL DE SEVER CA BOALA ÎN SINE

Toate tratamentele medicale, inclusiv vaccinarea, pot avea reacții adverse. Dar cele apărute în urma vaccinărilor sunt de scurtă durată și de o intensitate redusă comparativ cu consecințele mult mai grave de pe urma bolilor, care se pot preveni prin vaccinare. Spre exemplu, în caz de poliomielită apare paralizia; rujeola poate produce encefalită și orbire; unele boli pot fi chiar fatale.

MIT: VACCINURILE NU SUNT EFICIENTE

ADEVĂR: VACCINURILE SUNT EFICIENTE

Majoritatea vaccinurilor pentru copii au eficiență de 90-99% în prevenția bolilor. În plus, impactul imunizării a fost observat de-a lungul anilor, iar vaccinurile au asigurat sănătatea copiilor și au prevenit decese peste tot în lume. Ca rezultat al vaccinării, variola a fost eradicată, iar poliomielita este foarte aproape de a fi eradicată în toată lumea. Țara noastră este liberă de poliomielită.

MIT: BOLILE AFECTEAZĂ OAMENII DEJA VACCINAȚI

ADEVĂR: MAJORITATEA OAMENILOR CE SUFERĂ DE BOLI INFECȚIOASE CARE POT FI PREVENITE PRIN VACCINARE NU SUNT VACCINAȚI

Niciun vaccin nu poate asigura o protecție de 100%, dar în caz de infectare a copilului deja vaccinat boala decurge într-o formă ușoară, fără complicații grave.

MIT: NOU-NĂSCUȚII NU TREBUIE VACCINAȚI

ADEVĂR: NOU-NĂSCUȚII TREBUIE VACCINAȚI

Majoritatea copiilor nu beneficiază de imunitate de la mamă împotriva difteriei, a tusei convulsive, hepatitei virale B, poliomielitei, tetanosului etc. Copiii sunt vaccinați la vârste mici, deoarece aceasta este perioada în care sunt cei mai vulnerabili față de bolile ce pot fi prevenite prin imunizare.

MIT: BOLILE COPILĂRIEI NU SUNT GRAVE

ADEVĂR: BOLILE COPILĂRIEI TREBUIE LUATE ÎN SERIOS, PENTRU CĂ POT CONDUCE LA COMPLICAȚII SEVERE

Boli ca rujeola, oreionul și rubeola sunt denumite „boli ale copilăriei”, deoarece afectează mai mult copiii și tinerii. Însă aceste boli sunt destul de periculoase și pot duce la complicații grave și uneori chiar la deces.

MIT: O DOZĂ DE VACCIN ESTE SUFICIENTĂ

ADEVĂR: TOATE DOZELE DE VACCIN SUNT NECESARE

Pentru a asigura nivelul optim de protecție, trebuie efectuată întreaga schemă de vaccinare recomandată.

MIT: VACCINURILE POT CAUZA AUTISM

ADEVĂR: NU EXISTĂ DOVEZI CARE SĂ SUSȚINĂ LEGĂTURA DINTRE VACCINURI ȘI AUTISM

Nu există dovezi științifice despre faptul că orice tip de vaccin ar putea determina tulburări de dezvoltare neurologică, precum autismul sau alte dereglări.

MIT: IMUNITATEA PRIN BOALĂ ESTE MAI BUNĂ

ADEVĂR: ATÂT IMUNITATEA CĂPĂTATĂ PRIN BOALĂ, CÂT ȘI CEA ÎN REZULTATUL VACCINĂRILOR ESTE CAPABILĂ SĂ PROTEJEZE OMUL DE ANUMITE BOLI

Există boli sau infecții, în urma cărora organismul omului poate dezvolta o imunitate protectoare. Dar nu toate cazurile de boală se vindecă, unele pot deveni grave și pot duce la complicații și chiar sechele majore. În aceste cazuri, imunitatea câpătată prin vaccinare poate să salveze multe vieți.

Calendarul vaccinărilor obligatorii în Republica Moldova pentru anii 2016-2020

Vârsta efectuării vaccinării	Hep- atitei virale B	Tubercu- lozei	Polio- mielitei	Infecției cu rota- virus	Infecției HiB	Infecției cu pneu- mococi	Difteriei, tetano- sului, tusei convul- sive	Difteriei, tetano- sului	Rujeolei, oreio- nului, rubeolei	Note
	HepB	BCG	VPO/ VPI	RV	HiB	PC	DTP	DT/Td	ROR	
24 ore	HepB-0									În maternitate
2-5 zile		BCG 1								În maternitate
2 luni	HepB-1		VPO-1	RV-1	Hib-1	PC-1	DTP-1			Concomitent în aceeași zi: injectabil intramuscular HepB+DTP+Hib în compo- nenta vaccinului pentavalent, PC și VPI separat cu diferite seringi și în diferite locuri anatomice. VPO și RV picături în gură
4 luni	HepB-2		VPO-2	RV-2	Hib-2	PC-2	DTP-2			
6 luni	HepB-3		VPO-3 VPI		Hib-3		DTP-3			
12 luni						PC-3			ROR-1	Separat cu diferite seringi și în diferite locuri anatomice
22-24 luni			VPO-4				DTP-4			Concomitent, peste 16-18 luni după vaccinare
6-7 ani			VPO-5					DT	ROR-2	VPO-5 și DT – concomitent primăvara, până la admite- rea copiilor la școală: ROR-2 toamna (în clasa I)
15 - 16 ani								Td	ROR-3**	Concomitent (clasa 9), separat cu diferite seringi și în diferite locuri anatomice
Adulții: La 20, 30, 40, 50 și 60 ani								Td		Imunizarea este efectuată la atingerea vârstei indicate

Note:

1. Vaccinările opționale recomandate în mod individual, în cadrul campaniilor naționale de vaccinare sau contra plată: contra Papilomavirusului uman – fetele de la vârsta de 10-12 ani 2 doze cu interval de 6 luni între ele; contra gripei – de la vârsta de 6 luni anual; contra hepatitei virale A – de la vârsta de 1 an, o doză persoanelor nevaccinate sau conform recomandărilor producătorului; contra infecției meningococice – vaccinuri mono- sau polivalente neconjugate – de la vârsta de 2 ani, conjugate – de la vârsta de 2 luni; contra varicelei – de la vârsta de 9 luni pentru persoanele care nu au suportat infecția; contra tusei convulsive cu component pertusis acelular – membrii familiilor și îngrijitorii bebelușilor.
2. Vaccinarea împotriva altor boli infecțioase (holera, tularemia, febra tifoidă, bruceloza etc.) va fi efectuată grupelor de populație cu risc sporit de infectare, în funcție de situația epidemiologică și în conformitate cu deciziile Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.
3. Imunizarea împotriva febrei galbene, encefalitei acariene, pestei va fi aplicată persoanelor care pleacă în regiunile endemice în mod individual, inclusiv contra plată.

PREVENIREA ACCIDENTELOR PRODUSE ÎN CONDIȚII CASNICE LA COPII DE 0-5 ANI

Accidentele casnice la copii nu sunt „o întâmplare“

În fiecare zi, viața și sănătatea copiilor mici sunt puse în pericol atunci când părinții sau alți membri ai familiei fac gesturi simple, dar care pot avea urmări grave. În calitate de lucrător medical, învățați îngrijitorii să ofere o casă sigură pentru copiii lor, învățați-i să fie niște părinți responsabili.

Explicați-le că un părinte responsabil:

- NU lasă ceașca cu cafea sau ceai fierbinte pe marginea mesei, noptierei.
- NU lasă detergenții pe podeaua din baie.
- NU lasă geamul deschis când copilul e singur în cameră.
- NU lasă sugarul singur în cada cu apă când sună telefonul etc.

Măsurile de prevenire a accidentelor casnice la copiii mici sunt eficiente și simple. Îndemnați îngrijitorii/părinții să le urmeze. Ele se referă la următoarele aspecte:

1. Supravegherea constantă a copilului.
2. Securizarea casei (identificarea și înlăturarea pericolelor din locuință, curte).
3. Părintele renunță la unele comportamente periculoase pentru copil.

Copiii mici se accidentează atunci când supraveghetorii lor nu țin cont de aceste 3 reguli de aur, pentru a-i asigura micuțului din familie o copilărie fără accidentări.

RECOMANDĂRI PENTRU ÎNGRIJITORI PRIVIND SUPRAVEGHEREA EFICIENTĂ A COPILULUI MIC

Asigurați-vă că părinții/îngrijitorii le urmează constant!

- A supraveghea bine un copil mic înseamnă a-l vedea și a-l auzi tot timpul. Copilul mic nu trebuie să dispară din câmpul de vedere al îngrijitorilor. Astfel, aceștia vor putea observa imediat dacă micuțul a intrat în contact cu ceva periculos sau este într-o situație ce prezintă pericol pentru el.
- Atenționați îngrijitorii să nu delege sarcina de supraveghere către alți copii din familie, chiar dacă sunt mai măricei. Și ei sunt copii! Chiar dacă sunt dezvoltați fizic, frații și surorile mai mari nu au capacitatea unui adult de a-și da seama că un obiect/o situație e periculoasă pentru un copil mic.
- Când pleacă de acasă, părinții nu trebuie să lase copiii fără supraveghere. S-au întâmplat atâtea tragedii cât timp părinții nu au fost acasă! Îndemnați îngrijitorii să roage pe cineva dintre prieteni să vină să stea cu copiii sau să roage o altă mămică să-i țină la ea, sau, dacă nu au sprijinul nimănui, să-i ia cu ei. Evident, e mai dificil pentru îngrijitori, dar e mult mai sigur pentru siguranța copilului.
- Multe accidente se întâmplă când părinții își lasă copiii mici în supravegherea unei alte persoane. De aceea, înainte de a face acest lucru, să se asigure că aceasta este responsabilă, știe să supravegheze un copil și nu-l va lăsa singur.
- Încurajați părinții să împartă între ei timpul de supraveghere a copilului. Dacă de copil se ocupă, în majoritatea timpului, mama, trebuie implicat și tatăl. Tații și mamele sunt, în egală măsură, responsabili pentru supravegherea copilului și asigurarea unei case fără pericole pentru copil.
- Mulți tați consideră că asigurarea unui venit în familie este principala lor obligație. Nimic mai fals! Copilul are nevoie de atenția tatălui. Implicați-vă activ în creșterea și supravegherea copilului!

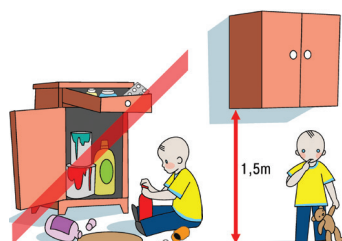
ORGANIZAREA CASEI ÎN CARE CREȘTE UN COPIL MIC

Sfaturi oferite îngrijitorilor/părinților

Cum poate fi protejat copilul de otrăviri și intoxicații

Toate medicamentele și substanțele toxice din casă – detergenții, înălbitorul, otrăvurile pentru insecte, vopselele – trebuie să fie imposibil de găsit de către copii. Asigurați-vă că îngrijitorii le ascund, astfel încât copiii să nu le poată găsi și nici vedea! Acestea vor fi depozitate în magazine încuiate sau în dulapuri amplasate cât mai sus, la cel puțin 1,5 m de la podea.

Îndemnați părinții/îngrijitorii să păstreze toate substanțele otrăvitoare din casă în ambalajele lor originale. Avertizați-i să nu mute substanțele toxice în vase pentru alimente!



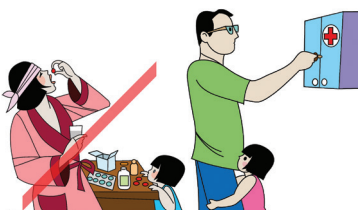
Amplasarea incorectă și corectă a medicamentelor și substanțelor toxice din casă

Pentru a preveni intoxicațiile la copii recomandați mamei să păstreze substanțele toxice din casă în magazine încuiate sau în dulapuri amplasate la cel puțin 1,5 m de la podea.

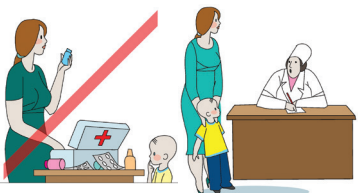


Amplasarea corectă și incorectă a poșetei

Îndemnați mamele să țină poșeta departe de copil! Explicați-le că ceea ce au în ea – acetona, lacul de unghii, pastilele, parfumul, deodorantul, forfecuța, monedele – pot provoca copilului traumatisme, intoxicație, iar obiectele mărunte prezintă pericol de sufocare.



Îndemnați îngrijitorii/părinții să ia medicamentele numai atunci când copilul se află în altă cameră, deoarece el imită tot ce vede la adulți. Imediat ce au luat medicamentul, să ascundă cutia/sticluța într-un dulap închis, situat într-un loc cât mai sus, inaccesibil pentru copil.



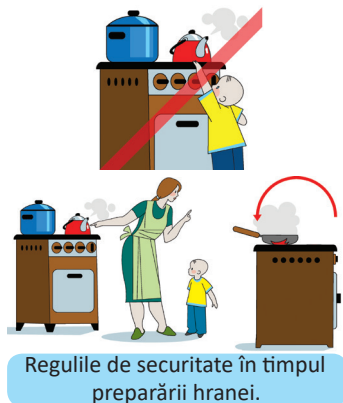
Învățați îngrijitorii/părinții să trateze copilul numai cu medicamente prescrise de medic, în dozele indicate de medic! Explicați-le că o doză mai mare de medicament poate cauza o intoxicație gravă.

Interziceți-le părinților/îngrijitorilor să spună copilului că pastilele sunt „bomboane” sau că medicamentele sub formă de sirop sunt „dulceață”. Astfel, copilul le va căuta să le mănânce.



Regulile de administrare a medicamentelor

Cum poate fi protejat copilul de arsuri și opăririi



Îndemnați părinții/îngrijitorii să țină copilul departe de locul unde gătesc. Plita de gaz, cuptorul, inclusiv cuptorul cu microunde, pot provoca arsuri serioase copilului, dacă le atinge când sunt fierbinți. Atenționați părinții/îngrijitorii să folosească la plita de gaz, pe cât e posibil, arzătoarele dinspre perete, să îndrepte mânerul tigăilor și cratițelor spre perete, ca micuțul să nu fie tentat să le apuce.



Îndemnați-i să pună vasele cu lichid fierbinte, după ce le-au luat de pe foc, în locuri inaccesibile copilului, cât mai sus.

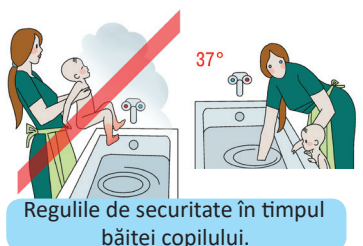
Informați-i că ceașca cu ceai sau cafea trebuie să o pună departe de marginea mesei, în nici un caz pe dulăpior, noptieră etc.



Îndemnați părinții/îngrijitorii, atunci când gătesc, să întreprindă toate măsurile ca micuțul să nu se afle în preajmă: îndrumați-i să-l pună în țarc sau să-l lase în altă cameră, în supravegherea altui membru al familiei. De asemenea, atenționați-i să nu-l țină în nici un caz în brațe când călcă rufe!



Învățați părinții/îngrijitorii să păstreze fierul de călcat fierbinte, chibriturile, brichetele, candelile și lumânările aprinse într-un loc cât mai sus, inaccesibil copilului.



Informați părinții/îngrijitorii despre necesitatea ca, înainte de a de a-i face baie copilului mic, să verifice obligatoriu temperatura apei, folosind un termometru special.



Informați părinții/îngrijitorii în perioada rece a anului, dacă în casă există plită sau cuptor, să întreprindă toate măsurile ca micuțul să nu aibă acces la plită sau ușa sobei fierbinți!

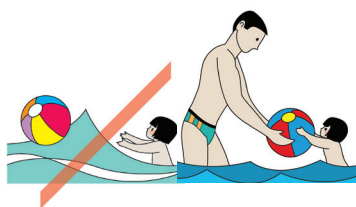
Protejarea copilului de sufocare



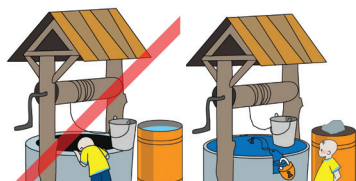
Învățați părinții/îngrijitorii să ascundă de copil obiectele mici – acestea prezintă risc de sufocare! Copilul se poate sufoca cu bomboane, bucăți de măr, semințe, bănuți, căpăcele mici etc.

Este foarte important în calitate de lucrător medical să atenționați părinții/îngrijitorii despre pericolul de a dormi cu copilul mic în același pat sau pe cuptor! Atenționați-i că în timpul somnului se pot mișca și pot sufoca, fără să vrea, copilul.

Protejarea copilului de înec



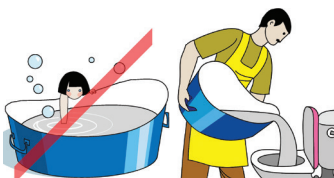
Când copilul e în apă – fie că i se face băiță, fie că e la bazin, iaz etc. – îndemnați părinții/îngrijitorii să nu-l lase nici pentru o clipă fără supraveghere. Copilul se poate îneca chiar dacă nivelul apei nu depășește 3 cm.



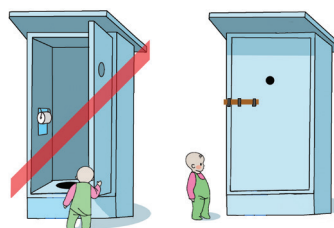
Dacă în curte există fântână, cereți-le îngrijitorilor să acopere fântâna cu capac, faceți tot posibilul! La fel, cereți-le să acopere cu capace (mai grele) orice alt vas cu apă din curte sau din casă: cratițe mari, găleți, căzi, butoaie!



Informați părinții/îngrijitorii să țină căldările cu apă potabilă cât mai sus și acoperite – un copil mic se poate îneca și într-un vas cu puțin lichid!



Sfătuiți părinții/îngrijitorii să golească vasele cu apă folosită imediat după băița copilului sau spălatul rufelor.

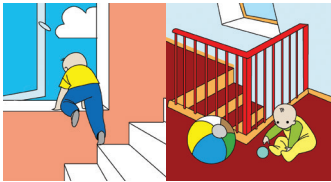


Regulile de securitate a copilului împotriva înecului

Amintiți-le îngrijitorilor că toaleta trebuie să aibă ușa tot timpul închisă bine. Dacă toaleta este în curte, încurajați-i să-și formeze obiceiul de a închide ușa cu zăvorul/cârligul. Orice groapă este un pericol pentru copilul mic!



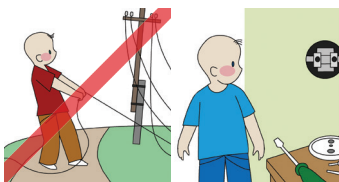
Îndumați părinții/îngrijitorii să strângă din toată casa și de pe mobilă obiectele care pot cădea peste copil, se pot sparge la cădere sau cu care copilul se poate tăia sau înțepa (cuțite, lame, ace, pixuri, foarfece etc.). E mai eficient să le strângă decât să-i tot repete micuțului: „Nu pune mâna! Nu duce la gură! Nu te urca!”.



Atenționați îngrijitorii să țină închise ferestrele atunci când copilul se află în încăpere. Nu uitați și de balcoane! Atenționați-i în privința plaselor pentru țânțari: acestea nu se închid ermetic – se deschid când te sprijini în ele! Sfătuiți-i să pună încuietori sigure la geamuri, uși, porțițe, beci.



Învățați părinții/îngrijitorii să încurajeze copilul să stea departe de animale atunci când acestea mănâncă, să nu lase copilul singur în preajma animalelor. Sfătuiți îngrijitorii ca aceștia să separe curtea casei de spațiul unde stau animalele – astfel vor avea o curte mai sigură pentru copil.



Verificați în casă și în curte să nu existe la vedere fire electrice dezgolite și instalații electrice. Obligați îngrijitorii să fixeze cablurile lungi de perete, cât mai sus. Atenție la prelungitoare cu prize triple – acestea necesită a fi dosite în spatele mobilelor, covorului, să nu se afle în calea copilului. Atenție mare la prize – trebuie neapărat prevăzute cu capace de securitate!



Regulile de securitate a copilului împotriva traumatismului

În automobil, copilul va călători obligatoriu doar în scaunul auto pentru copii, fixat bine cu centura de siguranță, și doar pe bancheta din spate. Scaunele auto pentru copii salvează vieți! Atenționați îngrijitorii să nu lase copilul singur în automobil!

SEMNE DE IDENTIFICARE A POTENȚIALELOR SITUAȚII DE ABANDON AL COPILULUI

Statisticile arată că majoritatea cazurilor de abandon au loc în maternități sau secții de pediatrie, femeile fiind cele care fac actul abandonului. Realitatea dincolo de statistici arată însă că mamele se despart de propriii copii pentru că și ele, la rândul lor, au fost abandonate de tatăl copilului.

O persoană aflată în prag de abandon este chinuită de mii de gânduri, frământări, la care încearcă să găsească răspuns, dar, de cele mai multe ori, de una singură. Ea are nevoie de ajutor.

Dumneavoastră sunteți cei care o puteți ajuta să vadă lucrurile din perspectiva corectă. Datorită profesiei pe care o aveți, sunteți o persoană importantă și de încredere pentru orice părinte/familie cu risc de abandon al copilului. De aceea atunci când întâlniți un cuplu sau o mamă în această situație, discutați, aflați problema lor și încercați să găsiți rezolvarea ei. Astfel, îi veți ajuta să-și păstreze copilul și să-l crească cu grijă și dragoste acasă.

Abandonul copilului este acțiunea prin care un copil este părăsit, lăsat fără îngrijire de către părinții săi sau de către persoanele care au obligații legale de întreținere față de acesta. Deoarece abandonul reprezintă o decizie luată înainte de nașterea copilului, este important ca prevenirea lui să înceapă înainte ca mama să ajungă în maternitate și să continue după aceea la nivelul comunității. Activitatea de prevenire a abandonului reprezintă cea mai ieftină și viabilă soluție, cu cele mai spectaculoase efecte în ceea ce privește dezvoltarea copilului pe termen scurt și lung, iar acordarea de servicii, care să dezvolte capacitățile parentale ale familiei și să întărească rolul părinților în a-și crește copiii în mod adecvat, s-a dovedit pe departe cea mai bună soluție.

CUM SĂ RECUNOAȘTEM O PERSOANĂ/FAMILIE CARE ȘI-AR PUTEA ABANDONA COPILUL?

Factori de risc în abandonul copiilor la nivel de familie:

- Statutul socioeconomic scăzut al familiei.
- Mama divorțată sau solitară.
- Mama minoră (adolescentă), probleme medicale, factorii de risc medical și social al mamei minore.
- Nașterea nedorită.
- Starea precară de sănătate a părinților.
- Starea precară de sănătate a copilului (greutatea la naștere, prematuritatea).
- Numărul mare de copii în îngrijire.
- Abandon influențat de mentalitatea cadrelor medicale.

Grupul de risc crescut de a-și abandona copiii include:

- **gravidele/mamele care își ascund identitatea și/sau care apelează la serviciile unor maternități, altele decât cele teritoriale;**
- **gravidele/mamele confuze,** aflate în situație de incertitudine, care ar dori să mențină copilul în cadrul familiei, dar care se confruntă cu anumite probleme, de natură să împiedice menținerea

copilului în mediul familial.

- gravidele/mamele care au **antecedente de abandon**.

Studiile au evidențiat că profilul mamei cu risc de a abandona copilul include următoarele caracteristici:

- *starea civilă a mamei* – mulți dintre copiii abandonați provin din afara căsătoriei, mamele temându-se de blamul social, de prejudecățile comunității; ele pot să provină din familii cu statut social înalt, dar unul din părinți este foarte autoritar și brutal; în această situație ele se tem să afle părinții despre sarcină și au un comportament de compensare – ascund semnele de sarcină, muncesc în rând cu toți angajații, nu se plâng de dureri, refuză să meargă la orice medic; aceste mame deseori, atunci când începe nașterea, solicită serviciul de ambulanță și acuză intoxicație sau dureri abdominale de altă cauză;
- *vârsta mică a mamei* – abandonul este asociat cu mamele adolescente, ca efect al scăderii vârstei la care are loc inițierea sexuală;
- *ocupația mamei* – abandonul copilului este mai frecvent în rândul femeilor care nu au un loc de muncă, mai ales în situația celor care sunt mame singure, însă se întâlnesc și cazuri de copii abandonați de mame care sunt studente; în aceste situații ele pleacă foarte rar acasă sau părinții lor sunt plecați peste hotare; sunt retrase și se izolează și în relațiile cu fetele, sunt mereu singure sau cel mult cu o prietenă din camera unde locuiesc;
- *nivelul scăzut de instruire* – femeile cu studii elementare sau fără studii abandonează mai des copiii decât cele cu un nivel de instruire mediu sau cu studii superioare;
- *femeile însărcinate ascund sarcina* – unele spun că nu știu că sunt însărcinate, că mereu au rețineri de ciclu, alte femei își leagă burta, ca să nu crească mare, și spun că s-au îngrășat; atunci când sunt întrebate, ele spun că nu sunt însărcinate, având în acest timp o expresie îngândurată sau ascund privirea de persoana cu care vorbesc;
- din punct de vedere emoțional, sunt apatice și închise în sine, vorbesc cu privirea în jos (de obicei), în timp ce mamele care și-au mai abandonat copiii anterior, dimpotrivă, privesc direct în ochi, atacă cu privirea, întreabă mereu: „da ce nu mă credeți?”;
- *provin din familii defavorizate sau sunt absolvente ale instituțiilor de tip internat*; deseori ele menționează că la internat le-a fost foarte bine și sunt de părerea că și copilul lor va crește într-o astfel de instituție la fel de bine;
- nu sunt la evidența medicului ginecolog cu sarcina uneori nici până la naștere;
- în ultimele luni de sarcină se mută cu traiul în alte regiuni sau își caută gazdă nouă într-un mediu nou, așa ca să nu fie găsite de vecini sau rude; dacă sunt întrebate despre medicul care supraveghează sarcina, ele evită să răspundă, nu cunosc numele medicului sau instituția;
- femeile ascund datele despre tatăl copilului;
- nu respectă recomandările unei alimentații corecte sau consumă pastile pentru a provoca avort spontan sau naștere prematură;
- se ceartă mereu cu rudele și nu intră în contact cu persoanele din jurul lor;
- consumă alcool și fumează în timpul sarcinii;
- se prezintă la maternitate fără acte de identitate.

Perioada sarcinii și nașterea este cea mai importantă în prevenirea abandonului. În acest moment, persoanele cu risc de abandon al copilului, pe care le-ați identificat deja, sunt încă nesigure de

decizia lor. Femeile gravide sunt oarecum speriate de perspectiva nașterii. Odată ce sarcina nu mai este o taină, ele au foarte mare nevoie de o persoană căreia să i se poată confesa și căreia să-i poată cere sfatul. Dacă ați văzut că familia/mama se află într-o situație de risc și ar putea să-și abandoneze copilul, sesizați *asistentul social comunitar*, care va prelua cazul și va interveni, astfel încât copilul să nu fie privat de mediul familial.

Medicul de familie și asistenta medicală

Sunteți persoanele care se bucură de mare autoritate și încredere. Orice om ascultă și dă dreptate celor spuse de această echipă. Folosiți acest privilegiu pe care îl aveți și oferiți-i mamei/familiei ajunse în impas sprijinul, pentru a nu-și abandona copilul. Ce poate fi mai frumos decât satisfacția de a ajuta o familie să nu se despartă de propriul copil și de a-i asigura, astfel, copilului nevoia de a crește în familie, alături de mamă și tată, mediul cel mai sănătos pentru dezvoltarea lui?! Respectați următorii pași și veți reuși să păstrați familia integră:

- Împreună cu asistentul social, identificați persoanele cu risc de abandon din localitatea/sectorul Dumneavoastră.
- Discutați cu persoanele, familiile din grupurile de risc. Oferiți-le informația de bază despre metodele de contracepție și de prevenire a unei sarcini nedorite.
- Referiți aceste persoane la Cabinetele de Sănătate a Reproduserii și Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, unde pot beneficia de consultația medicului și de contraceptive gratuite.
- Mergeți în școlile, liceele, gimnaziile-internat din sectorul/localitatea de care sunteți responsabil și promovați modul sănătos de viață.
- Descoperiți la o etapă cât mai precoce femeile însărcinate și oferiți-le toată informația și sprijinul în menținerea unui mod sănătos de viață. Asigurați-vă că femeia însărcinată consumă acid folic, preparate de fier, nu consumă alcool ș.a.
- Atunci când vine la Dvs. o femeie însărcinată, nu ezitați să comunicați cu ea mai mult, să o întrebați dacă are anumite probleme, dificultăți.
- Dacă femeia trece printr-o etapă de neînțelegeri cu familia (părinții ei sau soțul/iubitul nu acceptă copilul), invitați familia și încercați s-o convingeți să susțină femeia gravidă și să accepte copilul. Contactul cu familia va avea loc doar după acordul mamei.
- Ori de câte ori întâlniți o femeie/persoană din grupul de risc, spuneți-i să se adreseze asistentului social de la primărie. La fel, anunțați asistentul social despre orice caz de posibil abandon al copilului.
- După naștere, vizitați familia și susțineți, încurajați mama/tatăl copilului în efortul de creștere a copilului.
- Încurajați mama să alăpteze copilul la sân și ajutați familia să-și dezvolte abilități de îngrijire a nou-născutului. Contactul corp la corp sporește instinctul matern, dragostea față de copil. Atingerea pielii copilășului de către mamă îmbunătățește starea lui fizică și psihică, dezvoltă atașamentul copilului față de mamă.

Fiți deschis spre comunicare. Vorbiți pe o tonalitate caldă, binevoitoare. Ascultați atent femeia/familia și nu o întrerupeți atunci când vă încredințează temerile, grijile ei. Arătați că-i înțelegeți situația și că știți cum poate fi ajutată să-și depășească problema.

Convingeți femeia/familia că problema ei/a lor e una temporară și poate fi rezolvată. Întotdeauna există o ieșire din situație, oricât de complicată ar părea ea. Decizia de a abandona copilul este însă una definitivă și nu poate fi reparată.

Cuvinte ce ne ajută să comunicăm mai bine:

- *Știu cum te simți...*
- *Înțeleg că ți-e greu...*
- *Tu nu ești singură...*
- *Îmi dau seama că te frământă...*
- *Hai să vorbim și despre...*

În anumite cazuri, femeia își abandonează copilul de frică să nu fie condamnată de comunitate.

Convingeți femeia că este mult mai important copilul decât gura lumii. Oamenii peste un timp vor găsi o altă țintă de discuție. Ea însă nu va putea uita niciodată actul trădării față de propriul copil.

Mama este cel mai important om pentru copil, deoarece i-a dăruit viață. Tot ea trebuie să-i dăruiască și viitor.

CUM SĂ COMUNICĂM CU O PERSOANĂ CU RISC DE ABANDON?

Fie că sunteți sau nu sunteți părinte, cunoașteți bucuriile, dar și greutățile pe care le implică creșterea unui copil, puterea și valoarea unui sfat, a ajutorului cuiva venit în momentele cele mai dificile...

În cazul persoanelor cu risc de abandon, a celor care se simt respinse de cei mai apropiați oameni, Dumneavoastră sunteți poate singurii cu care aceste persoane ar dori / accepta să discute problema lor și de la care așteaptă un sfat.

Comunicați cu ele, ascultați-le atent și inspirați-le încredere în propriile forțe. Așa le veți ajuta să vadă problema din mai multe perspective, le veți spori încrederea în sine, dar și în specialiștii care-i pot ajuta. Numai așa vor face mai ușor față stresului și vor participa la găsirea soluției, vor găsi resurse noi, nu se vor mai simți atât de singure și vor lupta pentru copiii lor...

Principii ale comunicării eficiente:

- Inspirați încredere și dorință de a înțelege și rezolva problema celuilalt.
- Ascultați atent cele spuse de interlocutor.
- Concentrați-vă pe problema expusă, și nu pe persoană.
- Arătați înțelegere, și nu compătimire.
- Încurajați interlocutorul, atât prin cuvinte, cât și prin gesturi, să vorbească.
- Lăsați-l să vă explice ce problemă are. Nu faceți presupuneri. Ceea ce considerați Dumneavoastră o problemă, ar putea să nu fie neapărat o problemă pentru interlocutor și invers.
- Încercați să priviți lucrurile din perspectiva persoanei cu care discutați. Concentrați-vă pe acceptare, nu pe apreciere.
- Atunci când este posibil, adresați întrebări directe. E mai bine să întrebați „Cum te simți în această situație?” decât „Te simți prost în această situație?”.
- Când adresați o întrebare, așteptați răspunsul. Nu răspundeți în locul interlocutorului.
- Nu faceți presupuneri și nu generalizați. Oamenii sunt diferiți.
- Dacă vă veți baza pe stereotipuri, veți pierde din vedere informații importante și încrederea persoanei.

- Nu judecați persoana. Dacă, totuși, simțiți că aveți această tendință, nu o exteriorizați.
- Oferiți-i cât mai multe soluții la problema pe care o are. Explicați-i consecințele fiecărei opțiuni.
- Nu încercați să soluționați problema în locul persoanei pe care o ascultați. Mulți au tendința să vă facă responsabili de găsirea unei soluții. Nu vă asumați această răspundere, deoarece consecințele deciziei le va suporta persoana/familia.

EFACTELE ABANDONULUI

Asupra copilului:

Separarea copilului de familie, în special în primii ani de viață, îl expune pe copil la o existență în care sunt ignorate nevoile sale de dezvoltare. Despărțirea de familie îi afectează pe copii nu doar în momentul producerii acesteia, ci pe parcursul întregii vieți. Consecințele abandonului sunt și mai mari cu cât vârsta copilului este mai mică și perioada de ședere în instituția rezidențială – mai mare.

Un copil părăsit de părinți sau care nu crește într-o familie este un copil care:

• În copilărie:

- Suferă pentru că nu este dorit și iubit de părinți.
- Poate avea întârzieri în dezvoltarea intelectului și în dezvoltarea fizică.
- Este tăcut sau, dimpotrivă, agresiv, nervos, supărăcios.
- Se îmbolnăvește mai ușor și se vindecă mai greu.

• În adolescență/maturitate:

- Se simte singur.
- Are puțină încredere în forțele proprii și în oamenii din jur.
- Ar putea să-și găsească mai greu un loc de muncă.
- Nu are deprinderi de viață, poate intra în conflict cu legea sau deveni victimă a violenței, a traficului de ființe umane.
- Își întemeiază mai greu o familie.
- Ar putea să-și abandoneze, la rândul său, propriii copii.

Influența abandonului asupra mamei/familiei:

Orice matur este marcat de suferința despărțirii de ființa apropiată. Chiar dacă la o anumită etapă femeia/bărbatul consideră despărțirea de nou-născut drept o soluție, pe tot parcursul vieții ei vor trăi rușinea propriului act de slăbiciune și trădare.

Un părinte ce și-a abandonat copilul:

- Suferă din cauza abandonului, pe care îl resimte ca pe un gest de trădare față de propriul copil.
- Își tăinuiește abandonul de apropiați, prieteni.
- Este condamnat de comunitate, apropiați.
- Nu vede cum crește copilul.
- Este departe de el în momentele importante din copilărie/adolescență.
- Ar putea fi urât de propriul copil.
- Fără copil, își va trăi viața fără rost.

REȚEAUA PENTRU SUPORT ÎN CAZURILE SUSPECTE DE ABANDON AL COPILULUI

Informația detaliată despre Centrele maternale, adăposturi și alte programe de sprijin poate fi găsită pe paginile web ale Centrului de Drept al Femeilor (www.cdf.md) și Centrului de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive (www.cidsr.md).

Centrul Maternal este o instituție de reintegrare socială care acordă ajutor mamelor cu copii și femeilor însărcinate în situații de criză. Scopul principal al acestui model de protecție socială este prevenirea abandonului copiilor de vârstă fragedă și respectarea dreptului suprem al copilului – acela de a crește în familie, mediul cel mai potrivit pentru viața și dezvoltarea unui copil.

- **Centrul Maternal „Sfânta Maria” (Chișinău)**, finanțat din bugetul de stat, oferă plasament temporar cuplului mamă-copil și acordă victimelor violenței în familie servicii de consiliere și asistență socială, medicală, psihologică și juridică. Adresa: mun. Chișinău, str. Cuza Vodă, 29/4.

Tel.: 0(22) 66-43-37, 76-66-88, 76-67-33.

- **Centrul Maternal „În brațele mamei”(Chișinău)/Diaconia**. În cadrul centrului maternal, cu o capacitate de 10 odăi pentru cuplurile mamă-copil, mamele orfane, mamele singure și din familii defavorizate beneficiază de asistență complexă.

Chișinău, str. Criuleni, nr. 22.

Tel. +37322463228.

- **Centrul Maternal „Pro Familia” (Căușeni)** este o instituție publică, înființată în anul 2007, finanțată din bugetul de stat și susținută de Asociația Psihologilor „Tighina”. Centrul oferă plasament temporar cuplului mamă-copil (19 locuri) și acordă victimelor violenței în familie servicii de consiliere și asistență socială, medicală, psihologică și juridică.

Adresa: or. Căușeni, str. Ana și Alexandru, 18a

Tel.: 0(243)26-721, 26-975; Tel/fax: 26-835; Mobil: 079436300

E-mail: ap_tighina@yahoo.com sau ipcmprofamilia@yahoo.com

- **Centrul Maternal „Pro-Femina” (Hâncești)** este o instituție publică, înființată în anul 2008, finanțată din bugetul de stat. Oferă plasament temporar cuplului mamă-copil (20 de locuri) și acordă victimelor violenței în familie servicii de consiliere psihologică și socială.

Tel.: 0(269)23-364, 22-934

E-mail: profemina.2009@mail.ru

- **Centrul Maternal „Încredere” (Cahul)** este o instituție publică, lansată în anul 2007 în cadrul proiectului „Oportunități mai bune pentru tineri și femei”, implementat de PNUD Moldova, cu susținerea Guvernului Statelor Unite ale Americii. Până în anul 2013 a fost gestionat de Asociația Obștească „Încredere”. Actualmente este finanțat din bugetul de stat.

Servicii oferite: plasament temporar al cuplului mamă-copil; consiliere a victimelor violenței în familie. Capacitatea instituției – 24 de locuri.

Tel.: 0(299)44-080, 23-487, 22-918. Mobil: 069243704

E-mail: centru-maternal.cahul@mail.ru

- **Centrul Maternal „Ariadna” (Drochia)** este o instituție publică, înființată în anul 2006, cu susținerea Asociației Obștești „Artemida”. Centrul a început să activeze în anul 2012, fiind

cofinanțat din bugetul de stat.

Servicii oferite: prevenirea violenței în familie și acordarea asistenței specializate victimelor; plasament de urgență (30 de locuri); organizarea unor servicii de urgență în situația femeilor abuzate în cadrul familiei, precum și organizarea serviciilor de consiliere pentru agresorii familiali.

Tel.: 0(252) 20-308, 21-032, 21-033, 23-487

Mobil: 079824900, 069488982

E-mail: CM_Ariadna@yahoo.com Site: artemida.md

- **Centrul de plasament maternal pentru cupluri părinte-copil (Ungheni, Cornești)** este o instituție publică de tip adăpost, înființată în anul 2008, dispune de 17 locuri. Serviciile oferite: informare, plasament, consiliere, asistență juridică, însoțirea în instanța de judecată, suport pentru copiii victimelor, instruiți interne pentru personal, reintegrare socială, sensibilizare etc.

Adresa: raionul Ungheni, s. Cornești

Tel.: 0(236)60-734

E-mail: respiro.corneshti@mail.ru

SEMNALAREA UNEI SITUAȚII DE VIOLENȚĂ ASUPRA COPILULUI ȘI/SAU ÎN FAMILIE

Ce este abuzul asupra copilului?

Abuzul și neglijarea copilului reprezintă un fenomen social foarte complex, întâlnit din cele mai vechi timpuri. Ca fenomen care desemnează violența împotriva copilului, a fost recunoscut doar în 1962, odată cu inițiativa lui Henry Kempe, pediatru din Colorado, SUA, care a formulat, pentru medicii din întreaga lume, conceptul de „sindrom al copilului bătut”. Din acest moment, problema copilului maltratat a devenit o preocupare nu doar pentru medicină, ci și pentru alte științe.



La momentul actual, definirea fenomenului de maltratare a copilului se face din perspectivă medicală, psihologică, culturală, legislativă etc.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, **abuzul reprezintă orice formă de maltratare fizică și/sau psihică, abuz sexual, neglijare, tratare neglijentă sau exploatare în scopuri comerciale sau orice alt tip de exploatare care poate cauza daune efective sau potențiale pentru sănătatea, supraviețuirea, dezvoltarea sau demnitatea copilului în contextul unei relații de responsabilitate, încredere sau autoritate.**

Din punct de vedere juridic, abuzul este încălcarea normelor legale care apără relațiile sociale ce asigură o bună și normală creștere și dezvoltare psiho-fizico-socială a copilului.

Legislația internațională și națională încearcă să definească criteriile minime pentru asigurarea îngrijirii copilului, inclusiv a celei legale și sociale în cazurile traumelor produse non-accidental sau în urma atenției medicale neadecvate. Definițiile legale ale maltratării copilului subliniază dreptul copilului la protecția vieții, sănătății, integrității psihice și fizice.

Psihologia abordează maltratarea din perspectiva vulnerabilității copilului, în contextul relațiilor părinte/îngrijitor – copil, iar sociologia tratează abuzul copilului ca un incident particular, care reprezintă un spectru mai larg de probleme și factori de risc cu caracter social.

Vulnerabilitatea copilului reiese din particularitățile psihocomportamentale și de vârstă specifice:

- lipsă aproape completă de posibilități fizice și psihice de apărare;
- capacitate redusă de anticipare a unor acte comportamentale proprii sau ale altora, în special, ale adulților;
- capacitate redusă de înțelegere a efectelor, a consecințelor unor acțiuni proprii sau ale altor persoane;
- capacitate empatică redusă;
- imposibilitate de a discerne între intențiile bune și cele rele ale altor persoane;
- nivel înalt de sugestibilitate și al credulității, sinceritate și puritate a sentimentelor, gândurilor și intențiilor etc.

Astfel, copilul poate fi ușor antrenat în acțiuni victimizante pentru el, poate fi manevrat, mințit, determinat să comită acte, ale căror consecințe negative pentru el și pentru alții nu poate să le prevadă. Fiind, uneori, în imposibilitate de a rezista unor promisiuni, recompense oferite mai ales de către persoanele adulte, care aparent le inspiră încredere și securitate emoțională, copiii pot să cadă ușor pradă agresorilor.

Copiii sunt dependenți de cei care îi îngrijesc pentru satisfacerea nevoilor fizice și emoționale. Diferența de putere și capacitatea de înțelegere îl poate face pe adult să profite de pe urma unui copil.

Profitul poate lua diverse forme: descărcarea nervozității acumulate ca urmare a stresului vieții cotidiene, satisfacția oferită de trăirea sentimentelor de superioritate. Se întâmplă ca abuzul sexual asupra copiilor să fie săvârșit de părinți, bunici, alte rude apropiate sau alți adulți de „încredere”, cum ar fi prietenul mamei, profesorul, vecinul sau persoana care îngrijește copilul.

Copilul este stimulat sau obligat să se angajeze în relația abuzivă. Aceasta se realizează prin recompense și/sau amenințări. Activitatea sexuală este prezentată ca ceva special, iar copilului i se spune că ar trebui să se considere norocos pentru faptul că are „șansa” să participe la ea. Copilul nu are capacitatea de a înțelege ceea ce se întâmplă.

Varietatea și gravitatea semnelor, dar și a consecințelor pe care le prezintă un copil abuzat vor depinde de mai mulți factori:

- **Tipul abuzului.** Practici invazive, ca penetrarea, pot să fie deosebit de vătămătoare.
- **Gradul de gravitate a abuzului.** Deosebit de distructivă este asocierea cu violența fizică și sexuală.
- **Frecvența, respectiv cronicitatea.**
- **Vârsta copilului.** Stadiul de dezvoltare pe care l-a atins copilul.
- **Sprijinul existent** din partea sistemului familial, rețelei sociale a copilului.
- **Contextul de dezvoltare a copilului** (familie, familie adoptivă, instituție rezidențială etc.).
- **Persoana făptașului,** gradul de rudenie sau de cunoștință.
- **Resursele interioare ale copilului** de a rezista evenimentului traumatic, simptomele pe care le prezintă un copil vor fi variate.

Putem evidenția următoarele semne fizice și somatice ale abuzului:

- Dezvoltare fizică generală încetinită.
- Leziuni, vânătăi, echimoze.
- Fracturi.
- Traumatisme cranio-cerebrale.
- Leziuni ale organelor interne.
- Leziuni ale organelor genitale.
- Leziuni ale anusului.
- Cefalee.
- Enureză.
- Tulburări alimentare (anorexie, vomă, scaune modificate).
- Dureri de burtă.
- Graviditate.
- Boli cu transmitere sexuală.

Semnele psiho-comportamentale ale abuzului fizic, emoțional și ale neglijării	Semne psiho-comportamentale ale abuzului sexual
0-3 ani	0-3 ani
– Frică de adulți – Reacții de spaimă – Zâmbet rar – Plâns – Agresivitate – Somn agitat – Lipsă de interes față de joacă	– Masturbare excesivă. Demonstrarea frecventă a organelor genitale – Jocuri cu caracter sexual, implicarea în aceste jocuri a fraților mai mici – Comportament sexualizat – Coșmaruri nocturne – Dereglări ale somnului – Frica de a rămâne în doi cu adulții, frații mai mari sau de a merge la grădiniță – Comportament regresiv
4-6 ani	4-6 ani
– Pasivitate – Smerenie – Atitudine îngăduitoare excesivă – Comportament pseudo-adult – Violență față de animale – Minciună – Agresivitate – Culpabilizare	– Masturbare excesivă – Jocuri sexuale cu caracter obsedant – Comportament sexualizat agresiv – Comportament pseudo-adult – Dereglări ale somnului – Anxietate – Lipsa plângerilor în caz de investigații



Care sunt tipurile de abuz asupra copilului?

Sunt delimitate patru forme diferite de abuz al copilului:

- I. **abuzul emoțional;**
- II. **abuzul fizic;**
- III. **abuzul sexual;**
- IV. **neglijarea.**

Formele de abuz pot să se includă reciproc, astfel încât abuzul sexual să-l conțină și pe cel fizic/emoțional, în vreme ce abuzul fizic să conțină și abuzul emoțional sau neglijarea.

I. Abuz emoțional – acționare psihică asupra copilului, unică sau repetată, atitudine neglijentă sau ostilă, alte comportamente ale părinților sau îngrijitorilor care provoacă copilului deformări ale autoaprecierii, pierderea încrederii în sine și care complică procesul de dezvoltare și socializare a copilului.

Mai frecvent sunt întâlnite următoarele forme de abuz emoțional: rejectarea (respingerea), izolarea, terorizarea, coruperea, ignorarea.

II. Neglijare – incapacitate cronică a părintelui/ îngrijitorului de a-i satisface copilului nevoile de bază, precum nevoia de hrană, îmbrăcăminte, adăpost, îngrijire medicală, oportunități educaționale, protecție și supraveghere.

Cele mai grave forme de neglijare sunt:

- neasigurarea alimentației adecvate nevoilor de dezvoltare ale copilului;

-
- neasigurarea îmbrăcăminte adecvate;
 - dezinteresul față de starea de sănătate a copilului;
 - locuință cu spațiu și igienă necorespunzătoare;
 - supraveghere insuficientă;
 - lipsa de preocupare pentru educația copilului;
 - privarea copilului de afecțiune;
 - abandonul copilului.

III. Abuz fizic – agresarea copilului în mod deliberat de către adultul în grija căruia se află el sau de către orșicare altă persoană, provocarea de leziuni sau otrăvirea copilului.

Cel mai des, abuzul fizic presupune:

- bătăi cu mâna sau cu un obiect (furtun, cablu, vargă) aplicate pe oricare parte a corpului;
- scuturarea copilului;
- punerea copilului în genunchi;
- legarea copilului, scuturarea sau lovirea lui de obiecte;
- trasul de păr și de urechi;
- provocarea arsurilor sau otrăvirea;
- expunerea la munci grele, care depășesc capacitățile fizice ale copilului.

IV. Abuz sexual – antrenarea copilului într-o activitate realizată cu intenția de a produce plăcere sau de a satisface nevoile unui adult sau ale unui alt copil, care, prin vârstă și dezvoltare, se află față de el într-o relație de răspundere, încredere sau putere.

Abuzul sexual al copilului poate avea mai multe forme:

1. Abuz sexual cu contact:

- **cu penetrare** – cu penisul, degetul sau cu diverse obiecte a vaginului, gurii, anusului;
- **molestare (fără penetrare)** – mângâierea zonelor intime, sărutarea, impunerea copilului de a atinge părțile intime ale abuzatorului.

2. Abuz sexual fără contact:

- **Voyeurism** – impunerea copilului de a se expune nud; privirea organelor genitale sau altor părți ale corpului copilului (inclusiv, când face duș sau este dezbrăcat).
- **Exhibiționism** – expunerea organelor genitale în fața unui copil, inclusiv expunerea intenționată a copiilor la actele sexuale ale altor persoane (incluzând actele părinților sau ale altor persoane cărora li s-au încredințat spre îngrijire copiii).
- **Implicarea copilului în producerea pornografiei** – angajarea, folosirea, inducerea, atragerea sau constrângerea unui copil în a se implica sau a asista altă persoană într-un comportament sexual explicit sau simulat, în scopul producerii unei imagini vizuale a unui astfel de comportament.
- **Incitare la prostituție** – angajarea într-un raport sexual, sau în alte activități sexuale, a unui copil, în schimbul unei sume de bani sau a altor servicii (mâncare, haine, medicamente, afecțiune etc.).
- **Hărțuire sexuală** – avansuri sexuale, solicitarea unor favoruri sexuale și alte conduite verbale de natură sexuală.

RAPORTAREA UNUI CAZ SUSPECT DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI

Sunteți îngrijorat în privința unui copil?

Credeți că un copil este abuzat fizic, emoțional, sexual sau este exploatat prin muncă? Raportați orice caz suspect de abuz asupra copiilor. Ați putea fi singura persoană care-l poate ajuta.

De ce unii oameni nu raportează un abuz asupra copilului?

Raportarea unui caz de abuz sau neglijare poate părea o sarcină complicată, descurajantă sau chiar periculoasă. Unii dintre oamenii care cunosc o situație de abuz sau neglijare evită să raporteze.

Iată câteva argumente pe care le au în minte, atunci când se fac că nu observă:

- „Nu e treaba mea să mă amestec în familia altora” – Este responsabilitatea fiecăruia dintre noi, pentru ca orice copil din comunitate sau vecinătate să crească în siguranță.
- „Mă tem să nu fie luat copilul din familie” – Există posibilități de a ajuta copilul, fără a-l separa pentru totdeauna de familie. În unele situații familiile pot fi ajutate de către asistentul social, psiholog sau alt specialist. În alte cazuri, copilul poate fi referit la un Centru comunitar specializat în prevenirea abuzului sau plasat provizoriu într-un adăpost. Soluțiile pentru fiecare situație trebuie să urmărească interesul superior al copilului.
- „Mă tem de răzbunare” – Legea asigură confidențialitatea persoanei care raportează un caz de abuz sau neglijare a copilului. Persoanele care depun mărturii cu bună credință sunt apărute împotriva oricăror acuzații. Cel care dezvăluie identitatea persoanei care a raportat cazul este pasibil de pedeapsa civilă sau penală. Organele abilitate cu răspunderea de a primi și a examina rapoarte despre abuz asupra copilului pot accepta și declarații anonime ale cetățenilor. În același timp, cei care raportează sunt încurajați să lase datele de contact pentru situațiile în care este nevoie de altă informație.
- „Las-să raporteze altcineva” – Mulți oameni gândesc că un abuz pe care îl observă posibil să fi fost deja raportat de către altcineva și nu e necesar să raporteze din nou. Cu mare părere de rău, în multe dintre cazurile grave de abuz sau neglijare, care au condus la moartea copilului, erau oameni care știau despre faptul că acest copil este în pericol de a fi agresat sau omorât. Aceștia ar putut să fie vecinii, rudele sau prietenii. Dacă cineva dintre ei ar fi luat telefonul și ar fi raportat, viața acestui copil ar fi fost salvată, iar suferința lui ar fi luat sfârșit.

CINE ȘI UNDE RAPORTEAZĂ?

Semnalarea suspiciunii sau a situației de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului poate fi făcută de către copilul victimă sau de orice persoană care intră în contact cu acesta, în mediul familial, comunitar sau profesional.

Această persoană poate fi:

- reprezentant al instituției medico-sanitare (medicul de familie, pediatrul, asistenta medicală etc.);
- reprezentant al instituției de învățământ (educatorii din creșe, grădinițe, profesorii din școli, licee, școli profesionale etc.);
- reprezentant al instituției de asistență socială;
- reprezentant al instituției culturale;

- reprezentant al instituției de ordine publică (polițiști);
- reprezentant al Inspectoratului de Stat al Muncii;
- reprezentanții instituțiilor altor autorități și instituțiilor publice cu atribuții în domeniul protecției copilului;
- un părinte sau un alt membru al familiei;
- o rudă;
- un vecin sau un cunoscut al familiei;
- preoți, reprezentanți ai mass-media etc.;
- altă persoană-martor.

Toate suspiciunile sau situațiile de abuz și/sau neglijare asupra copilului trebuie să facă obiectul unei semnalări, care se face prin informarea imediată prin telefon a autorității tutelare locale, iar în decurs de 24 de ore prin expedierea pe numele acesteia a Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului (Anexa 4).

Fișa de sesizare se completează cu datele deținute în momentul identificării cazului suspect, în special, în baza informațiilor obținute de la sursa raportării cazului suspect.

Suplimentar, imediat trebuie să fie informați:

1. Inspectoratul teritorial de poliție/procuratura – în cazul în care se cunoaște sau se suspectează că un copil este victimă a unei infracțiuni/contravenții;
2. Serviciul de Asistență Medicală de Urgență – în cazul în care sesizarea conține informații privind existența pericolului iminent pentru viața sau sănătatea copilului, a tentativelor de suicid din partea copiilor;
3. Inspectoratul de Stat al Muncii – în cazul în care sesizarea cazului suspect conține informații privind utilizarea muncii copilului la lucrările cu condiții de muncă grele, vătămătoare și/sau periculoase, precum și la lucrări care pot să aducă prejudicii sănătății sau integrității morale a copiilor.

În cazul în care există o îndoială cu privire la veridicitatea faptelor de violență și, respectiv, cu privire la oportunitatea semnalării lor către autorități, acest obstacol poate fi depășit prin comunicarea cu profesioniștii care desfășoară activități în domeniul protecției copilului.

Este important ca orice prezumție de pericol pentru copil să declanșeze un proces de semnalare către autoritățile abilitate, chiar dacă acesta nu se va confirma.

Este important ca persoana care face sesizarea să ofere toate informațiile relevante pe care le cunoaște cu privire la situația de violență asupra copilului pe care o semnalează.

Atunci când semnalarea este anonimă, această situație nu se constituie într-un motiv de refuz de a înregistra semnalarea ori de a investiga situația semnalată, cu condiția ca sesizarea să cuprindă suficiente elemente de identificare a copilului victimă a violenței (cel puțin numele și adresa la care poate fi găsit), în lipsa acestor informații intervenția fiind imposibil de realizat.

Situațiile de urgență trebuie semnalate imediat! Prin situații de urgență înțelegem acele situații care presupun un pericol iminent pentru copil (îi periclitizează viața, sănătatea, integritatea).

Instituția medico-sanitară ține evidența fișelor de sesizare, cu indicarea datei și orei înregistrării, datei și orei expedierii, a numelui specialistului care a expediat sesizarea și a numelui specialistului care a recepționat-o.

Instituțiile medico-sanitare promovează activități de depistare timpurie a copiilor expuși riscului de

violență, neglijare, exploatare și trafic, precum și de prevenire a riscurilor, prin:

- organizarea activităților de prevenire primară a violenței, neglijării, exploatării și traficului în rândul copiilor, ținându-se cont de particularitățile de vârstă și de capacitățile de dezvoltare, precum și în rândul părinților/persoanelor în grija cărora se află copiii;
- monitorizarea și evaluarea de către medicii de familie/asistenții medicali de familie a copiilor în situație de risc, prin realizarea vizitelor la domiciliu;
- consultarea părinților/ persoanelor în grija cărora se află copiii, viitorilor părinți în vederea identificării necesităților de îngrijire adecvată a copiilor, prevenirii violenței, neglijării, exploatării și traficului.

FORMULARE

- Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului (vezi Anexa nr. 4).
- Instrucțiunea metodică privind intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului/ infografice (aprobată prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 445 din 9 iunie 2015; Anexa 5).

LISTA INSTITUȚIILOR ABILITATE CU FUNCȚII DE PROTECȚIE A DREPTURILOR COPIILOR

La nivel național:

- Ministrul Educației, Culturii și Cercetării al RM, **telefon: (022) 23 46 09** (serviciul „Telefon de încredere”)
- Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM, **telefon: (022) 116 111** - serviciul „Telefonul Copilului” (<http://www.telefonulcopilului.md/>)
- Ministerul Afacerilor Interne al RM, **telefon: (022) 22-53-33** (Dispeceratul central al MAI); **(022) 25-53-00** (serviciul „Informații privind petițiile persoanelor fizice și juridice”)
- Procuratura Generală a RM, **telefon: (022) 27-94-57 sau 27-30-27** (serviciul „Telefon de încredere”)

La nivel raional:

- Direcțiile de educație, tineret și sport din cadrul Consiliului raional;
- Direcțiile de asistență socială din cadrul Consiliului raional;
- Secțiunile pentru minori și moravuri din cadrul comisariatelor de poliție;
- Spitalele raionale;
- Procuraturile raionale (procurorii specializați în protecția drepturilor copilului);

La nivel local:

- Primăria (secretarul primăriei, asistentul social);
- Școala;
- Centrul medicilor de familie/ punctul medical.

Municipiul Chișinău:	
Organizație	Telefon
Direcția municipală pentru protecția drepturilor copilului (DPDC) din cadrul Primăriei mun. Chișinău	(022) 24-27-02
Comisariatul General de Poliție	(022) 25-47-05; 54-20-63; 27-35-42 (Serviciul de gardă)
Direcția Generală Educație, Cultură, Tineret și Sport al Consiliului municipal Chișinău	(022) 20-16-30 („Linia de încredere”)
Direcția Generală Asistență Socială a Consiliului municipal Chișinău	(022) 22-34-59
Direcția Sănătății a Consiliului municipal Chișinău	(022) 22-80-84; 27-34-54
Procuratura mun. Chișinău (procurorii specializați în protecția copilului)	(022) 27-30-57 (022) 27-66-11

LISTA ORGANIZAȚIILOR DE STAT ȘI NEGUVERNAMENTALE PRESTATOARE DE SERVICII ÎN CAZURI DE ABUZ, NEGLIJARE, TRAFIC DE COPII



CENTRE ȘI ADĂPOSTURI PENTRU COPII

- Centrul de Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedăcu Secția maternală „Materna”, Secția de Zi și Secția „Respiro” pentru copii cu dizabilități psiho-neuro-motorii.

Beneficiari: cuplul mamă-copil, gravide, femei cu risc de abandon, copii cu diverse dizabilități.

Tel.: (022) 73-33-38; 72-15-38.

- Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC).

Beneficiari: copiii în situații de risc și copiii victime ale tuturor formelor de abuz.

Tel.: 0(22)75-88-06, 75-67-87; Fax: 0(22)74-83-87.

- Centrul de Asistență și Protecție a Victimelor și Potențialelor Victime ale Traficului de Ființe Umane .

Beneficiari: victime/potențiale victime ale traficului de ființe umane.

Tel.: 0(22) 72-72-74 (Unitatea Națională de Coordonare din cadrul MSMPs); (022) 25-49-98 (Telefon 24/24 al Centrului pentru combaterea traficului de persoane); 0 800 77777 (Linia fierbinte națională La Strada).

NORMELE DE ORGANIZARE A VIZITELOR DE SUPRAVEGHERE LA DOMICILIU A COPILULUI SĂNĂTOS DE 0-3 ANI

(în baza Ordinului MS RM nr. 631 din 27 iulie 2017, cu privire la „Organizarea vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani de către asistentul medical de familie”)

SECȚIUNEA 1

Dispoziții generale

Monitorizarea continuă a bunăstării copilului de la naștere și până la perioada preșcolară permite stabilirea unei relații de încredere și colaborare a familiei cu medicul de familie și asistentul medical de familie, care este o verigă importantă pentru prestarea serviciilor medicale în comunitate.

1. Normele de organizare a vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani (în continuare – „Norme”) stabilesc modul de organizare a vizitelor la domiciliu de către **asistentul medical de familie** ca formă de intervenție specifică pentru menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a copiilor, reducerea inechităților în atingerea potențialului maxim de dezvoltare și incluziunea lor educațională și socială.
2. În scopul coordonării multisectoriale, prevederile Normelor au fost corelate cu documentele de politici relevante și cu reformele în domeniul sănătății și protecției copilului. Prezentele Norme se bazează pe prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995, Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24 decembrie 2007, și Politicii Naționale de Sănătate, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 6 august 2007.
3. Vizitele la domiciliu includ activități prestate în conformitate cu Standardul de organizare a vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani de către asistentul medical de familie, aprobat prin prezentul Ordin.

SECȚIUNEA 2

Scopul și obiectivele vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

4. Scopul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani este de a asigura fiecărui copil un mediu favorabil pentru creștere și dezvoltare printr-o abordare integrată de susținere a părinților/reprezentanților legali /persoanei în grija căreia se află copilul.
5. Vizitele de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani au următoarele obiective:
 - a) asigurarea activităților de prevenție, promovare a sănătății și întreprindere a acțiunilor concrete de suport tuturor familiilor, începând cu perioada antenatală;
 - b) identificarea timpurie a necesităților copiilor și/sau familiei și a potențialilor factori de risc pentru apariția acestora;
 - c) prestarea universală a activităților de monitorizare și fortificare a stării de sănătate a copiilor

-
- de 0-3 ani, în conformitate cu standardele minime de calitate;
- d) sporirea calității serviciilor prestate copiilor și familiilor prin oferirea intervențiilor ținute pentru a răspunde necesităților acestora;
 - e) promovarea practicilor parentale pozitive pentru menținerea sănătății și bunăstării copiilor de 0-3 ani.
6. Principiile de organizare a vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani sunt următoarele:
- a) abordare holistică a necesităților de creștere și dezvoltare a copilului;
 - b) accesibilitate și disponibilitate;
 - c) egalitatea șanselor și nediscriminarea;
 - d) autodeterminare;
 - e) cooperarea intersectorială și intervenția multidisciplinară;
 - f) confidențialitate.

SECȚIUNEA 3

Prestatorii și beneficiarii vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

7. Prestatorii vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani sunt asistenții medicali de familie.
8. Beneficiarii vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani sunt:
- 1) copiii de la naștere până la vârsta de 3 ani, 11 luni și 29 zile;
 - 2) părinții, reprezentanții legali și persoanele în grija cărora se află copilul (bunici, rude, tutori/curatori, asistenți parentali profesioniști, părinți-educatori, părinți adoptivi) indiferent de starea materială, mediul de reședință, apartenența etnică, limba vorbită, sex, apartenența politică sau religioasă, starea de sănătate, caracteristicile de învățare și dezvoltare, comportamente anti-sociale sau antecedente penale;
 - 3) viitorii părinți (adolescenți sau gravide și partenerii acestora).
9. Pentru realizarea programului de vizite la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani, asistentul medical de familie colaborează cu:
- 1) personalul instituțiilor medico-sanitare;
 - 2) reprezentanții direcțiilor de asistență socială și protecție a copilului;
 - 3) colaboratorii organelor de drept;
 - 4) autoritățile publice locale;
 - 5) organizații neguvernamentale.

SECȚIUNEA 4

Organizarea vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

10. Vizitele de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani vizează menținerea stării de sănătate a copilului, consolidarea relației „părinte-copil” și fortificarea bunăstării familiei prin următoarele activități:
- a) **menținerea stării de sănătate a copilului**

- monitorizarea sănătății și bunăstării gravidelor;
- imunizarea copilului și a membrilor familiei;
- consiliere cu privire la alăptare și nutriția copilului;
- consiliere cu privire la activitatea fizică a copilului;
- consiliere cu privire la îngrijirea copilului;
- monitorizarea dezvoltării auzului/văzului la copil;
- monitorizarea creșterii și dezvoltării copilului (dezvoltarea fizică/motorie și cognitivă, dezvoltarea vorbirii, dezvoltarea socio-emoțională, observarea echilibrului temperamental și emoțional);
- recunoașterea semnelor de boală;
- consiliere cu privire la igiena orală;
- observarea semnelor de maltratare a copilului;
- consiliere cu privire la prevenirea accidentelor la copii;
- revizuirea siguranței copilului în mediul casnic.

b) consolidarea relației „părinte-copil”

- recunoașterea semnelor atașamentului;
- promovarea interacțiunii pozitive a părintelui cu copilul;
- educația pentru strategiile de disciplinare nonviolente.

c) fortificarea bunăstării familiei

- monitorizarea stării de stres și a sănătății mintale a îngrijitorului;
- monitorizarea stării de sănătate fizică a îngrijitorului/ îngrijire postpartum;
- identificarea violenței domestice;
- identificarea consumului de substanțe toxice de către îngrijitor;
- realizarea conexiunii cu serviciile comunitare.

11. Durata vizitei la domiciliu este de aproximativ 45-60 de minute și include structura prestabilită, pentru ca familia să primească servicii calitative prin conținut, dar să fie și suficient de flexibilă, astfel ca asistenta medicală de familie (vizitatorul la domiciliu) să poată să adapteze conținutul vizitei la îngrijorările și necesitățile imediate ale familiei.

SECȚIUNEA 5

Drepturile și îndatoririle furnizorului de vizite de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

12. Drepturile asistentului medical de familie în cadrul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos:

- a) de a verifica veridicitatea informațiilor medicale și sociale primite de la copil și părinți/ reprezentanții legali/ persoanele în grija cărora se află copilul, ori de câte ori se impune;
- b) de a participa la activitățile de educație continuă în domeniul vizitării la domiciliu a copilului sănătos;
- c) de a realiza activitățile în comunitate de sine stătător conform competenței, responsabilităților profesionale și actelor normative în vigoare;

- d) de a colabora cu administrația publică locală, structurile asistenței sociale și alte servicii comunitare pentru identificarea serviciilor adiționale necesare beneficiarilor;
- e) de a suspenda efectuarea vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos în caz de nerespectare de către beneficiari a prevederilor prezentului regulament;
- f) de a beneficia de condiții adecvate de muncă;
- g) de a fi remunerat conform funcției ocupate, gradului de calificare profesională, rezultatelor activității sale, îndeplinirii indicatorilor de performanță ai muncii. Părinții/reprezentanții legali/persoanele în grija cărora se află copilul vor fi informați asupra faptului că vizitele la domiciliu oferite de medicul de familie și asistenta medicală de familie au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate a copiilor de vârstă mică și a familiilor lor, care pot afecta sănătatea și bunăstarea lor.

13. Obligațiile **asistentului medical de familie** în cadrul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos:

- a) de a informa părinții/reprezentanții legali/persoanele în grija cărora se află copilul despre scopul vizitelor la domiciliu, periodicitatea vizitelor și a oricăror modificări intervenite în legătură cu serviciile acordate;
- b) de a promova abordare imparțială a situațiilor profesionale;
- c) de a folosi un limbaj adecvat și respectuos față de beneficiari și reprezentanții legali ai acestora;
- d) de a asigura confidențialitatea datelor și a serviciilor prestate;
- e) de a respecta regimul de muncă și normele eticii profesionale;
- f) de a coordona activitățile în cadrul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos cu medicul de familie și de a raporta activitățile realizate în modul stabilit de actele normative în vigoare;
- g) de a organiza lucrul în echipă multidisciplinară;
- h) de a aplica mecanismele necesare pentru asigurarea calității serviciilor prestate beneficiarilor;
- i) de a utiliza sistemul de raportare și îndeplinire a documentației de lucru în conformitate cu actele normative în vigoare;
- j) de a organiza activitățile privind educația pentru sănătate a familiilor cu copii de 0-3 ani, inclusiv consilierea familiei în care cresc copii cu dizabilități și/sau retard în dezvoltare;
- k) de a cunoaște noțiunile de vulnerabilitate a copilului și familiei și managementul situațiilor de risc;
- l) de a respecta procedurile și instrucțiunile de referire pentru prevenirea abuzului, neglijenței și abandonului copiilor;
- m) de a conlucra cu autoritățile publice locale, asistenții sociali, organizațiile neguvernamentale;
- n) de a îmbunătăți cunoștințele profesionale prin studiu individual sau forme diverse de educație continuă;
- o) de a respecta prevederile actelor normative în vigoare la îndeplinirea atribuțiilor de funcție.

SECȚIUNEA 6

Atribuțiile de funcție ale asistentului medical de familie în cadrul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

14. Atribuțiile de funcție ale **asistentului medical de familie** în cadrul vizitării la domiciliu a copilului

sănătos sunt:

- 1) planificarea și efectuarea vizitării la domiciliu a familiilor cu copii de 0-3 ani dintr-un teritoriu bine determinat;
- 2) evaluarea necesităților fizice, emoționale și sociale ale copiilor de 0-3 ani și a familiilor acestora din teritoriul unde își desfășoară activitatea;
- 3) oferirea activităților de educație pentru sănătate familiilor;
- 4) fortificarea abilităților parentale, pentru a stimula dezvoltarea intelectuală, socio-emoțională și abilitățile de comunicare ale copiilor de 0-3 ani;
- 5) promovarea informațiilor despre metodele de disciplinare adecvată în rândul familiilor cu copii de 0-3 ani;
- 6) consilierea familiilor cu copii de 0-3 ani cu privire la asigurarea unui mediu sănătos și sigur pentru dezvoltarea copiilor;
- 7) evaluarea criteriilor de bază pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a copiilor de 0-3 ani;
- 8) informarea familiilor cu copii 0-3 ani privind modul de înregistrare și asigurare a accesului la servicii medicale, inclusiv la servicii profilactice, imunizare, planificare familială;
- 9) cooptarea, în caz de necesitate, a altor specialiști pentru furnizarea de servicii comunitare adiționale familiilor cu copii de 0-3 ani;
- 10) identificarea familiilor cu copii de 0-3 ani aflați în situație de risc crescut și referirea acestora pornind de la necesitățile individuale ale copilului și familiei în vederea prestării serviciilor integrate la nivel de comunitate;
- 11) îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii specifice atribuțiilor de funcție.

SECȚIUNEA 7

Drepturile și îndatoririle beneficiarului de vizite de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

15. Drepturile copilului și ale reprezentanților legali ai acestora:

- a) de a li se asigura confidențialitatea datelor;
- b) de a fi respectați și ajutați în caz de nevoie de lucrătorul medical;
- c) de a participa la întregul proces de furnizare a vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos;
- d) de a primi servicii medico-sociale integrate;
- e) de a fi informați asupra eventualelor schimbări care intervin în programul vizitelor de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos;
- f) de a-și exprima nemulțumirea și a sesiza un serviciu necalitativ de vizite de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos.

16. Obligațiile beneficiarilor și a reprezentanților legali ai acestora:

- a) de a da informații corecte cu privire la identitatea și situația familială, medicală și socială;
- b) de a permite furnizorului de servicii verificarea veridicității acestora;
- c) de a respecta regulile de comportament responsabil în cadrul serviciului de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani, precum și recomandările stabilite în planul individualizat de asistență și îngrijire;

d) de a anunța când lipsesc de la domiciliu;

e) de a respecta lucrătorul medical fără conversații sau remarci nepoliticoase care pot leza alte persoane.

Programul universal de vizite la domiciliu – numărul minim obligatoriu de vizite de supraveghere activă la domiciliu a bunăstării copiilor de 0-3 ani.

Programul progresiv de vizite la domiciliu – program individualizat de vizite de supraveghere activă la domiciliu a bunăstării copiilor de 0-3 ani, aflați în situație de risc. Se aplică de către AMP până la soluționarea cazului.

PROGRAMULUI MINIM (UNIVERSAL) de vizite de supraveghere la domiciliu a copilului sănătos de 0-3 ani

DESCRIEREA ACTIVITĂȚILOR

VIZITA 1. CONSULTAȚIA ANTENATALĂ LA 32-36 DE SĂPTĂMÂNI DE SARCINĂ

Vizitator – asistenta medicală de familie

Documentația de lucru – Formularul vizitei nr. 1

Activități:

1. Observă situații potențiale de risc, notează și acționează conform informației din Formularul vizitei.
2. Evaluează riscul abandonului copilului după naștere (compartimentul **„Semne de identificare a potențialelor situații de abandon al copilului”**).
3. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul **„Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni”**).
4. Le oferă recomandări părinților cu privire la îngrijirea nou-născutului (compartimentul **„Îngrijirea nou-născutului sănătos”**).
5. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul **„Semnele de pericol pentru viața copilului mic”**).
6. Informează părinții despre programul de imunizare a copilului (compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
7. Discută despre importanța alimentației echilibrate în timpul sarcinii, necesitatea administrării preparatelor de fier, a vitaminelor; despre siguranța produselor alimentare.
8. Discută despre importanța sănătății dentare a mamei.
9. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
10. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
11. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
12. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
13. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 2. TERMEN DE REALIZARE - PRIMELE 3 ZILE DUPĂ EXTERNAREA DIN MATERNITATE

Vizitator – asistenta medicală de familie

Documentația de lucru – Formularul vizitei nr. 2

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul „**Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni**”)
2. Identifică probleme legate de alăptare prin utilizarea **Fîșei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperetele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
4. Discută despre starea sănătății mintale a mamei și **evaluează semnele „tristeții postnatale”** în Formularul vizitei.
5. Verifică statusul vaccinal din maternitate (BCG; HepB) și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”)
6. Măsoară greutatea, talia și circumferința craniană a copilului cu ajutorul echipamentului standardizat și consemnează în Formularul vizitei (compartimentul „**Măsurători antropometrice pentru evaluarea creșterii, dezvoltării și stării de nutriție la copil**”).
7. Le oferă recomandări părinților cu privire la îngrijirea nou-născutului (vezi compartimentul „**Îngrijirea nou-născutului sănătos**”).
8. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul „**Semnele de pericol pentru viața copilului mic**”).
9. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
10. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
11. Evaluează riscul abandonului copilului după naștere (compartimentul „**Semne de identificare a potențialelor situații de abandon al copilului**”).
12. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
13. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (vezi compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
14. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 3. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 10-14 ZILE

Vizitator – asistenta medicală de familie

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 3**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul „**Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni**”).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Discută despre starea sănătății mintale a mamei și **aplică Scala Edinburgh de Depresie Postpartum** (Anexa 2).
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Verifică statusul vaccinal din maternitate (BCG; HepB) și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
6. Măsoară greutatea, talia și circumferința craniană a copilului cu ajutorul echipamentului standardizat și consemnează în Formularul vizitei (compartimentul „**Măsurători antropometrice pentru evaluarea creșterii, dezvoltării și stării de nutriție la copil**”).
7. Oferă recomandări părinților cu privire la îngrijirea nou-născutului (vezi compartimentul „**Îngrijirea nou-născutului sănătos**”).
8. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul „**Semnele de pericol pentru viața copilului mic**”).
9. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
10. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
11. Oferă consiliere privind riscul Sindromului Morții Subite la Sugar (compartimentul „**Sindromul de moarte subită la sugar**”).
12. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
13. Atrage atenție asupra spectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
14. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
15. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 4. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 1 LUNĂ (4 SĂPTĂMÂNI)

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 4**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul „**Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni**”).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Discută despre starea sănătății mintale a mamei și **aplică Scala Edinburgh de Depresie Postpartum** (Anexa 2) în cazul în care nu s-a efectuat la vizita precedentă sau dacă rezultatul chestionării anterioare indică risc de depresie maternă.
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **repererele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
6. Verifică statusul vaccinal din maternitate (BCG; HepB) și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
7. Măsoară greutatea, talia și circumferința craniană a copilului cu ajutorul echipamentului standardizat și consemnează în Formularul vizitei (compartimentul „**Măsurători antropometrice pentru evaluarea creșterii, dezvoltării și stării de nutriție la copil**”).
8. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
9. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul „**Semnele de pericol pentru viața copilului mic**”).
10. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
11. Oferă consiliere privind riscul Sindromului Morții Subite la Sugar (compartimentul „**Sindromul de moarte subită la sugar**”).
12. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
13. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
14. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
15. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 5. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 1,5 LUNI (6 SĂPTĂMÂNI)

Vizitator – asistenta medicală de familie

Documentația de lucru – Formularul vizitei nr. 5

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul „**Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni**”).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Discută despre starea sănătății mintale a mamei și **aplică Scala Edinburgh de Depresie Postpartum** (Anexa 2) în cazul în care nu s-a efectuat la vizita precedentă sau dacă rezultatul chestionării anterioare indică risc de depresie maternă.
4. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
5. Verifică statusul vaccinal din maternitate (BCG; HepB) și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
6. Măsoară greutatea, talia și circumferința craniană a copilului cu ajutorul echipamentului standardizat și consemnează în Formularul vizitei (compartimentul „**Măsurători antropometrice pentru evaluarea creșterii, dezvoltării și stării de nutriție la copil**”).
7. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
8. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
9. Oferă consiliere privind riscul Sindromului Morții Subite la Sugar (compartimentul „**Sindromul de moarte subită la sugar**”).
10. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
11. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
12. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
13. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 6. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 2 LUNI

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 6**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul **„Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni”**).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Discută despre starea sănătății mintale a mamei și **aplică Scala Edinburgh de Depresie Postpartum** (Anexa 2) în cazul în care nu s-a efectuat la vizita precedentă sau dacă rezultatul chestionării anterioare indică risc de depresie maternă.
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul **„Semnele de pericol pentru viața copilului mic”**).
6. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul **„Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului”**).
7. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (vezi compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
8. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
9. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
10. Oferă consiliere privind riscul Sindromului Morții Subite la Sugar (compartimentul **„Sindromul de moarte subită la sugar”**).
11. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
12. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
13. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
14. Planifică următoarea vizită

VIZITA 7. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 3 LUNI

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 7**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul **„Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni”**).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
4. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul **„Semnele de pericol pentru viața copilului mic”**).
5. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul **„Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului”**).
6. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (vezi compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
7. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
8. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
9. Oferă consiliere privind riscul Sindromului Morții Subite la Sugar (compartimentul **„Sindromul de moarte subită la sugar”**).
10. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
11. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
12. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
13. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 8. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 5 LUNI

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 8**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul „**Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni**”).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa 1).
3. Oferă consiliere privind alimentația complementară: discută cu părinții despre alimentația complementară; le explică părinților, mamei, tutorei, persoanei care îngrijește copilul modul de introducere a alimentației complementare, care sunt cele 7 grupe alimentare, ce alimente sunt permise, ce alimente sunt nerecomandate sau interzise, care este cantitatea la această vârstă în funcție de capacitatea stomacului, consistența și aportul energetic, care este consistența recomandată în funcție de dezvoltarea psihomotorie a copilului, care este frecvența meselor în funcție de vârstă, de aportul energetic, capacitățile și starea de sănătate a copilului (vezi compartimentul „**Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni**”).
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperlele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
6. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (vezi compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
7. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
8. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul „**Semnele de pericol pentru viața copilului mic**”).
9. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul „**Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil**”).
10. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
11. Oferă consiliere privind riscul Sindromului Morții Subite la Sugar (compartimentul „**Sindromul de moarte subită la sugar**”).
12. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
13. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
14. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
15. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 9. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 7 LUNI

Vizitator – asistenta medicală de familie

Documentația de lucru – Formularul vizitei nr. 9

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul **„Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni”**).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa1).
3. Oferă consiliere privind alimentația complementară: discută cu părinții despre alimentația complementară; le explică părinților, mamei, tutorei, persoanei care îngrijește copilul modul de introducere a alimentației complementare, care sunt cele 7 grupe alimentare, ce alimente sunt permise, ce alimente sunt nerecomandate sau interzise, care este cantitatea la această vârstă în funcție de capacitatea stomacului, consistența și aportul energetic, care este consistența recomandată în funcție de dezvoltarea psihomotorie a copilului, care este frecvența meselor în funcție vârstă, de aportul energetic, capacitățile și starea de sănătate a copilului (vezi compartimentul **„Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni”**).
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul **„Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului”**).
6. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
7. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
8. Discută cu părinții/îngrijitorii despre semnele de pericol pentru viața copilului (compartimentul **„Semnele de pericol pentru viața copilului mic”**).
9. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul **„Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil”**).
10. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
11. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
12. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
13. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
14. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 10. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 9 LUNI

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 10**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul „**Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni**”).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa1).
3. Oferă consiliere privind alimentația complementară: discută cu părinții despre alimentația complementară; le explică părinților, mamei, tutorelui, persoanei care îngrijește copilul modul de introducere a alimentației complementare, care sunt cele 7 grupe alimentare, ce alimente sunt permise, ce alimente sunt nerecomandate sau interzise, care este cantitatea la această vârstă în funcție de capacitatea stomacului, consistența și aportul energetic, care este consistența recomandată în funcție de dezvoltarea psihomotorie a copilului, care este frecvența meselor în funcție vârstă, de aportul energetic, capacitățile și starea de sănătate a copilului (vezi compartimentul „**Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni**”).
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
6. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
7. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
8. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul „**Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil**”).
9. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
10. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
11. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
12. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
13. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 11. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 11-12 LUNI

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 11**

Activități:

1. Discută tipurile de alimentație a copilului, avantajele alimentației la sân și riscurile asociate alimentației cu formule de lapte (compartimentul **„Alimentația copilului de la naștere până la vârsta de 6 luni”**).
2. Identifică problemele legate de alăptare prin utilizarea **Fișei de evaluare a tehnicii de alăptare** (Anexa1).
3. Oferă consiliere privind alimentația complementară: discută cu părinții despre alimentația complementară; le explică părinților, mamei, tutorelui, persoanei care îngrijește copilul modul de introducere a alimentației complementare, care sunt cele 7 grupe alimentare, ce alimente sunt permise, ce alimente sunt nerecomandate sau interzise, care este cantitatea la această vârstă în funcție de capacitatea stomacului, consistența și aportul energetic, care este consistența recomandată în funcție de dezvoltarea psihomotorie a copilului, care este frecvența meselor în funcție de vârstă, de aportul energetic, capacitățile și starea de sănătate a copilului (vezi compartimentul **„Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni”**).
4. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
5. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul **„Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului”**).
6. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (vezi compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
7. Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului.
8. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul **„Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil”**).
9. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
10. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
11. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
12. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
13. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 12. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 15 LUNI (1 AN 3 LUNI)

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 12**

Activități:

1. Oferă consiliere privind alimentația complementară, încurajează continuarea alăptării până la 2 ani și peste. Zilnic copilul trebuie să primească 3 mese principale și 2 gustări (compartimentul **„Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni”**).
2. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **repererele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
3. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul **„Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului”**).
4. Le oferă părinților sfaturi pentru gestiunea comportamentelor (mersul la toaletă).
5. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
6. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul **„Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil”**).
7. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
8. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
9. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
10. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
11. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 13. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 18 LUNI (1 AN ȘI 6 LUNI)

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 13**

Activități:

1. Oferă consiliere privind alimentația complementară, încurajează continuarea alăptării până la 2 ani și peste. Zilnic copilul trebuie să primească 3 mese principale și 2 gustări (compartimentul **„Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni”**).
2. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
3. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul **„Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului”**).
4. Le oferă părinților sfaturi pentru gestiunea comportamentelor (mersul la toaletă).
5. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul **„Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții”**).
6. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul **„Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil”**).
7. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
8. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
9. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul **„Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie”**).
10. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul **„Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani”**).
11. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 14. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 18-24 DE LUNI (1 AN ȘI 6 LUNI - 2 ANI)

vizitator – asistenta medicală de familie

Documentația de lucru – Formularul vizitei nr. 14

Activități:

1. Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 2 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie) (compartimentul „**Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni**”).
2. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
3. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
4. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
5. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul „**Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil**”).
6. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
7. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
8. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
9. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
10. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 15. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 25-36 DE LUNI (2-3 ANI)

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 15**

Activități:

1. Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 2 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie) (compartimentul „**Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni**”).
2. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
3. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
4. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
5. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul „**Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil**”).
6. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
7. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
8. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
9. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
10. Planifică următoarea vizită.

VIZITA 16. TERMEN DE REALIZARE - VÂRSTA DE 36-48 DE LUNI (3-4 ANI)

Vizitator – **asistenta medicală de familie**

Documentația de lucru – **Formularul vizitei nr. 16**

Activități:

1. Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 2 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie) (compartimentul „**Alimentația copilului de la 6 la 23 de luni**”).
2. Evaluează prin discuția cu mama și observare proprie **repererele de dezvoltare a copilului** și consemnează în Formularul vizitei.
3. Le oferă părinților sfaturi pentru stimularea dezvoltării copilului (compartimentul „**Îngrijirea pentru dezvoltare – practici de sprijin al abilităților parentale pentru stimularea dezvoltării copilului**”).
4. Verifică statusul vaccinal al copilului și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare (compartimentul „**Vaccinarea copilului – cum să comunicăm cu părinții**”).
5. Evaluează dezvoltarea dentiției. Efectuează profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale (compartimentul „**Reguli de igienă orală pentru a menține starea de sănătate la copil**”).
6. Discută despre riscul expunerii la fumatul pasiv pentru sănătatea nou-născutului și a membrilor familiei.
7. Discută despre riscurile asociate consumului de alcool și droguri pentru sănătatea mamei și a copilului în dezvoltare.
8. Atrage atenție asupra aspectului legat de violența în familie (compartimentul „**Semnalarea unei situații de violență asupra copilului și/sau în familie**”).
9. Oferă consiliere cu privire la prevenirea accidentelor produse în condiții casnice (compartimentul „**Prevenirea accidentelor produse în condiții casnice la copii de 0-5 ani**”).
10. Planifică următoarea vizită.

ANEXE

Formularele vizitelor

FORMULAR VIZITA 1

Consultația antenatală a gravidei la termenul 32-36 săptămâni de gestație

As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Gravida <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Adresa
STAREA DE SĂNĂTATE A GRAVIDEI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
1. Cum evaluează mama starea sa generală de sănătate?	☐ Foarte bună ☐ Bună ☐ Medie ☐ Foarte rea
2. Gravida suferă de o dizabilitate?	☐ DA ☐ NU
Dacă DA, care este tipul de dizabilitate?	☐ senzorială ☐ neurologică ☐ intelectuală
3. Gravida respectă recomandările unei alimentații sănătoase?	☐ DA ☐ NU
4. Ce vitamine folosește gravida?	(notați)
5. Cine i le-a recomandat?	(notați)
6. Este o sarcină dorită?	☐ DA ☐ NU
7. Gravida are antecedente de abandon?	☐ DA ☐ NU
8. Unde planifică să nască gravida?	☐ acasă ☐ la maternitatea teritorială ☐ la maternitatea republicană ☐ la instituție privată
9. Gravida este pregătită pentru venirea copilului? (are obiectele de primă necesitate pentru îngrijirea copilului din primele zile?)	☐ DA ☐ NU
10. Indicați obiectele prezente pentru îngrijirea de bază a copilului:	☐ cădiță pentru băi ☐ produse igienice ☐ scutece ☐ veselă ☐ jucării
11. Gravida are îngrijorări în legătură cu nașterea?	☐ DA ☐ NU
Dacă DA, ce îngrijorări are?	(notați)
12. Gravida are semne de risc pentru „sindromul postnatal”? (bifați semnele pe care le observați)	☐ plânsul „fără motiv” ☐ nerăbdare ☐ nervozitate ☐ iritabilitate ☐ agitație ☐ apatie/ indiferență
13. Gravida planifică să alăpteze?	☐ DA ☐ NU
14. Gravida are probleme cu sânii care nu ar permite alăptarea eficientă?	☐ DA ☐ NU
Dacă DA, ce probleme cu sânii are gravida?	(notați)
15. Gravida are copii mai mari?	☐ DA ☐ NU
16. A întâmpinat gravida probleme în creșterea și îngrijirea copiilor mai mari?	☐ DA ☐ NU
Dacă DA, ce probleme au fost ?	(notați)
SITUAȚIA SOCIALĂ A GRAVIDEI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
1. Gravida este minoră?	☐ DA ☐ NU
2. Cel puțin una dintre persoanele cu care locuiește gravida este cu dizabilități/ handicap?	☐ DA ☐ NU
3. Familia are unul sau mai mulți copii cu boli cronice și transmisibile?	☐ DA ☐ NU
4. Cel puțin una dintre persoanele cu care locuiește gravida este dependentă de alcool?	☐ DA ☐ NU

CONDIȚII DE LOCUIT (bifați ✓ răspunsul/răspunsurile aplicabil/e)					
1. Familia dispune de un spațiu locuibil suficient raportat la numărul de persoane?					☐ DA ☐ NU
2. Familia are probleme cu locuința?					☐ DA ☐ NU
Dacă DA, care probleme cu locuința observați?	☐ locuința este improvizată în spații care nu sunt destinate acestui scop - magazii, stână, subsoluri	☐ locuința este în stare avansată de degradare	☐ scurgeri prin acoperiș	☐ pereți umezi	☐ ferestre putrede/deteriorate
3. Ce tip de încălzire are locuința?	☐ nu are încălzire	☐ încălzire centrală	☐ încălzire cu gaze	☐ încălzire cu lemne/cărbuni	☐ alte
4. Locuința familiei este conectată la energie electrică?					☐ DA ☐ NU
5. Locuința familiei are acces la apă potabilă?					☐ DA ☐ NU
6. Locuința familiei este conectată la sistemul de canalizare?					☐ DA ☐ NU
7. Locuința familiei are baie sau duș?					☐ DA ☐ NU
8. Locuința familiei are toaletă în interior?					☐ DA ☐ NU
9. Igiena locuinței este:					☐ adecvată ☐ neadecvată
10. Locuința familiei are spațiu special amenajat pentru prepararea hranei?					☐ DA ☐ NU
11. Locuința este prevăzută cu:					☐ aragaz/plită ☐ mașină de spălat ☐ frigider ☐ aspirator ☐ conexiune la internet
REȚEA DE SUPORT (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)					
1. După părerea gravidei, în ce măsură se bucură membrii familiei ei de relații reciproce bune?		☐ în foarte mare măsură	☐ în mare măsură	☐ în mică măsură	☐ aproape deloc
2. După părerea gravidei, cât de mult ajută membrii familiei cu lucruri practice, cum ar fi să aibă grijă de ea, să facă cumpărături sau să aibă grijă de casă?		☐ foarte mult	☐ mult	☐ puțin	☐ deloc
3. După părerea gravidei, cât de mult oferă membrii familiei sprijin emoțional, cum ar fi să discute cu ea, să o asculte, să o încurajeze?		☐ foarte mult	☐ mult	☐ puțin	☐ deloc
4. După părerea gravidei, cât de mult ajută prietenii și vecinii familia ei cu lucruri practice, cum ar fi să aibă grijă de membrii familiei, să facă cumpărături, sau să aibă grijă de casă?		☐ foarte mult	☐ mult	☐ puțin	☐ deloc
5. După părerea gravidei, cât de mult oferă prietenii și vecinii sprijin emoțional, cum ar fi să discute cu ea, să o asculte, să o încurajeze?		☐ foarte mult	☐ mult	☐ puțin	☐ deloc
6. Există oportunități pentru familia gravidei de a primi sprijin practic și emoțional din partea altor persoane, în cazul în care ar avea nevoie?		☐ foarte multe	☐ multe	☐ puține	☐ aproape deloc
COMPORTAMENTE LA RISC (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)					
1. Gravidă a avut sau are istoric de consum excesiv de alcool?					☐ DA ☐ NU
2. Gravidă a avut sau are istoric de consum de droguri?					☐ DA ☐ NU
3. Gravidă a avut sau are istoric de violență sau abuz din partea partenerului?					☐ DA ☐ NU
CONCLUZII: gravida se află în situație care poate indica o vulnerabilitate?					☐ DA ☐ NU
Dacă DA, ce situație observați?	(notați)				
RECOMANDĂRI:	(notați)				

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 2

Vizita în primele 3 zile după externare din maternitate	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
1. Este copilul născut prematur? (<i>definiție - nou-născut prematur</i> este nou-născutul cu vârsta gestațională mai mică de 37 săptămâni, greutatea mai mică de 2500 g și talia mai mică de 47 cm) ☐ DA ☐ NU 2. Este copilul născut la termen, dar cu greutate mai mică de 2500 g? ☐ DA ☐ NU	
MĂSURĂRILE COPILULUI	
Greutatea gr Talia cm Circumferință craniană cm	
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare :
	5. Mama alăptează și adăugător oferă copilului lapte praf? ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>
For- mulă de lapte (lapte praf)	6. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră 7. Cantitatea de lapte la o masă ml 8. Nr. de mese în 24 ore 9. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați simptomele la copil (<i>balonare, colici, plânset, dereglări de scaun</i>)
	10. Ce sursă de apă folosește mama la gătit, la pregătirea laptelui bebelușului? ☐ apeduct ☐ fântână ☐ apă îmbuteliată 11. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU 12. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU 13. Mama cunoaște cum să prelucereze corect sânii și să curețe sticluta? ☐ DA ☐ NU 14. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
	15. Numărul de scaune în 24 ore
	16. Numărul scutece ude în 24 ore
	17. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore
	18. Numărul de ore somn noaptea

DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperete de dezvoltare a copilului:	
Vorbirea	copilul semnalează prin diferite sunete, mișcări, plâns, nevoia de ajutor din partea adultului ☐ DA ☐ NU
Comunicarea	copilul se relaxează când se simte confortabil (când i se vorbește calm, este luat în brațe etc.) ☐ DA ☐ NU
Motricitatea	copilul sugă, înghite, respiră bine ☐ DA ☐ NU
Socio-emoțională	copilul urmărește fața mamei ☐ DA ☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
1. Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm ☐ ia copilul în brațe ☐ se agită ☐ este indiferentă
2. Mama are semne de „tristețe postnatală”?	☐ plânsul „fără motiv” ☐ nerăbdare ☐ nervozitate ☐ iritabilitate ☐ agitație ☐ apatie/ indiferență
3. Cum apreciază mama atitudinea familiei față de nașterea copilului?	☐ fericită ☐ mulțumită ☐ satisfăcută ☐ îngrijorată ☐ nesigură ☐ obosită
4. După părerea mamei, ea doarme suficient? se simte odihnită?	☐ DA ☐ NU
5. Cine o ajută pe mamă în îngrijirea copilului?	(notați)
6. Ce vitamine folosește mama?	(notați)
7. Cine i-a recomandat vitaminele?	(notați)
8. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate ☐ da, unele ☐ nu, nici unul ☐ nu se știe
9. Mama corect îngrijește zona ombilicală?	☐ DA ☐ NU
10. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA ☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
1. Mama a avut sau are istoric de consum excesiv de alcool?	☐ DA ☐ NU
2. Mama a avut sau are istoric de consum de droguri?	☐ DA ☐ NU
3. Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA ☐ NU
4. Există risc de abuz a copilului?	☐ DA ☐ NU
Dacă DA, specificați:	
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:	
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)	
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:	
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)	

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 3

Vizita la vârsta de 10-14 zile de viață a copilului	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
MĂSURĂRILE COPILULUI	
Greutatea gr Talia cm Circumferință craniană cm	
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare: ☐ DA ☐ NU
	5. Mama alăptează și adăugător oferă copilului lapte praf? ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>
For- mulă de lapte (lapte praf)	6. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră
	7. Cantitatea de lapte la o masă ml 8. Nr. de mese în 24 ore
	9. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați simptomele la copil (balonare, colici, plânset, dereglări de scaun)
	10. Ce sursă de apă folosește mama la gătit, la pregătirea laptelui bebelușului? ☐ apeduct ☐ fântână ☐ apă îmbuteliată
	11. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU
	12. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU
	13. Mama cunoaște cum să prelucereze corect sânii și să curețe sticluța? ☐ DA ☐ NU
	14. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
15. Numărul de scaune în 24 ore	16. Numărul scutece ude în 24 ore
17. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore	18. Numărul de ore somn noaptea
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluați prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:	
Vorbirea	copilul semnalează prin diferite sunete, mișcări, plâns, nevoia de ajutor din partea adultului ☐ DA ☐ NU

Comunicarea	copilul se relaxează când se simte confortabil (când i se vorbește calm, este luat în brațe etc.)		☐ DA	☐ NU
Motricitatea	copilul sugă, înghite, respiră bine		☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	copilul urmărește fața mamei		☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)				
1. Evaluați riscul depresiei postnatale	Scorul Scalei de Depresie Postnatală din Edinburg puncte			
2. Evaluați prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm	☐ ia copilul în brațe	☐ se agită	☐ este indiferentă
3. Cum apreciază mama atitudinea familiei față de nașterea copilului?	☐ fericită ☐ îngrijorată	☐ mulțumită ☐ nesigură	☐ satisfăcută ☐ obosită	
4. După părerea mamei, ea doarme suficient? se simte odihnită?	☐ DA ☐ NU			
5. Cine o ajută pe mamă în îngrijirea copilului?	(notați)			
6. Ce vitamine folosește mama?	(notați)			
7. Cine i-a recomandat vitaminele?	(notați)			
8. Mama folosește medicamente?	☐ DA ☐ NU			
Dacă DA, specificați:				
9. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate	☐ da, unele	☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
10. Mama corect îngrijește zona ombilicală?	☐ DA ☐ NU			
11. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA ☐ NU			
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)				
1. Mama a avut sau are istoric de consum excesiv de alcool?	☐ DA ☐ NU			
2. Mama a avut sau are istoric de consum de droguri?	☐ DA ☐ NU			
3. Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA ☐ NU			
4. Există risc de abuz a copilului?	☐ DA ☐ NU			
Dacă DA, specificați:				
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:				
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)				
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:				
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)				

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 4

Vizita la vârsta de 1 lună (4 săptămâni)	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
MĂSURĂRILE COPILULUI	
Greutatea gr Talia cm Circumferință craniană cm	
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU
MIXT	5. Mama alăptează și adăugător oferă copilului lapte praf? ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>
For- mulă de lapte (lapte praf)	6. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră
	7. Cantitatea de lapte la o masă ml 8. Nr. de mese în 24 ore
	9. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați simptomele la copil (balonare, colici, plânset, dereglări de scaun)
	10. Ce sursă de apă folosește mama la gătit, la pregătirea laptelui bebelușului? ☐ apeduct ☐ fântână ☐ apă îmbuteliată
	11. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU
	12. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU
	13. Mama cunoaște cum să prelucreze corect sânii și să curețe sticluța? ☐ DA ☐ NU
	14. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
15. Numărul de scaune în 24 ore	16. Numărul scutece ude în 24 ore
17. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore	18. Numărul de ore somn noaptea
19. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU	
Dacă DA, specificați:	

DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)			
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:			
Vorbirea	Se relaxează când se simte confortabil (când i se vorbește calm, este luat în brațe etc.)	☐ DA	☐ NU
	Semnaleză prin diferite sunete și mișcări nevoia de ajutor din partea adultului	☐ DA	☐ NU
Comunicarea	Urmărește cu atenție mișcările și reacțiile ființelor din jur: atunci când copilului i se vorbește, el manifestă interes, încetinește mișcările, ascultă cu atenție	☐ DA	☐ NU
Motricitatea grosieră	Ridică capul când e culcat pe burtă pentru scurt timp	☐ DA	☐ NU
	Întoarce capul într-o parte sau alta, când e culcat pe burtă	☐ DA	☐ NU
	Mișcă în egală măsură din ambele mâini și picioare	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Prinde degetele adultului	☐ DA	☐ NU
	Pentru o perioadă scurtă de timp ține pumnișorii desfăcuți	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Privește, urmărește fața persoanei care îi vorbește	☐ DA	☐ NU
	Reacționează prin mișcări, sunete, mimică la momentele de rutină (hrănire, schimbat scutece, baie, îmbrăcat)	☐ DA	☐ NU
	Răspunde cu zâmbet părintelui sau îngrijitorului, dacă acesta manifestă atenție sau se joacă	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Evaluati riscul depresiei postnatale:		Scorul Scalei de Depresie Postnatală din Edinburg puncte <i>NOTĂ: se aplică în cazul în care nu a fost efectuat la vizita precedentă sau dacă rezultatul chestionării anterioare indică risc de depresie maternă</i>	
2. Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm	☐ ia copilul în brațe	☐ se agită ☐ este indiferentă
3. După părerea mamei, ea doarme suficient? se simte odihnită?	☐ DA ☐ NU		
4. Cine o ajută pe mamă în îngrijirea copilului? (notați)			
5. Mama folosește medicamente?	☐ DA ☐ NU		
Dacă DA, specificați:			
6. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate	☐ da, unele	☐ nu, nici unul ☐ nu se știe
7. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA ☐ NU		
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA ☐ NU		
2. Există risc de abuz a copilului?	☐ DA ☐ NU		
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)			
Asistenta medicală de familie		Semnătura	

FORMULAR VIZITA 5

Vizita la vârsta de 1,5 luni (6 săptămâni)	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
MĂSURĂRILE COPILULUI	
Greutatea gr Talia cm Circumferință craniană cm	
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU
MIXT	5. Mama alăptează și adăugător oferă copilului lapte praf? ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>
For- mulă de lapte (lapte praf)	6. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră
	7. Cantitatea de lapte la o masă ml 8. Nr. de mese în 24 ore
	9. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați simptomele la copil (balonare, colici, plânset, dereglări de scaun)
	10. Ce sursă de apă folosește mama la gătit, la pregătirea laptelui bebelușului? ☐ apeduct ☐ fântână ☐ apă îmbuteliată
	11. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU
	12. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU
	13. Mama cunoaște cum să prelucreze corect sânii și să curețe sticluța? ☐ DA ☐ NU
	14. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
15. Numărul de scaune în 24 ore	16. Numărul scutece ude în 24 ore
17. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore	18. Numărul de ore somn noaptea
19. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU	
Dacă DA, specificați:	

DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)			
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:			
Vorbirea	Se relaxează când se simte confortabil (când i se vorbește calm, este luat în brațe etc.)	☐ DA	☐ NU
	Semnaleză prin diferite sunete și mișcări nevoia de ajutor din partea adultului	☐ DA	☐ NU
Comunicarea	Urmărește cu atenție mișcările și reacțiile ființelor din jur: atunci când copilului i se vorbește, el manifestă interes, încetinește mișcările, ascultă cu atenție	☐ DA	☐ NU
Motricitatea grosieră	Ridică capul când e culcat pe burtă pentru scurt timp	☐ DA	☐ NU
	Întoarce capul într-o parte sau alta, când e culcat pe burtă	☐ DA	☐ NU
	Mișcă în egală măsură din ambele mâini și picioare	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Prinde degetele adultului	☐ DA	☐ NU
	Pentru o perioadă scurtă de timp ține pumnișorii desfăcuți	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Privește, urmărește fața persoanei care îi vorbește	☐ DA	☐ NU
	Reacționează prin mișcări, sunete, mimică la momentele de rutină (hrănire, schimbare scutece, baie, îmbrăcat)	☐ DA	☐ NU
	Răspunde cu zâmbet părintelui sau îngrijitorului, dacă acesta manifestă atenție sau se joacă	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Evaluati riscul depresiei postnatale:		Scorul Scalei de Depresie Postnatală din Edinburg puncte	
<i>NOTĂ: se aplică în cazul în care nu a fost efectuat la vizita precedentă sau dacă rezultatul chestionării anterioare indică risc de depresie maternă</i>			
2.	Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm	☐ ia copilul în brațe
		☐ se agită	☐ este indiferentă
3.	Mama folosește medicamente?	☐ DA	☐ NU
	Dacă DA, specificați:		
4.	Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate	☐ da, unele
		☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
5.	Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1.	Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA	☐ NU
2.	Există risc de abuz a copilului?	☐ DA	☐ NU
	Dacă DA, specificați:		
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 6

Vizita la vârsta de 2 luni (8 săptămâni)	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU
	5. Mama planifică să lase lapte stors pentru perioadele când lipsește de acasă? ☐ DA ☐ NU
	6. Mama cunoaște cum să stoarcă și să păstreze corect lapte stors? ☐ DA ☐ NU
	7. Mama alăptează și ☐ DA ☐ NU adăugător oferă copilului Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la lapte praf? sân, cât și despre cea artificială
For- mulă de lapte (lapte praf)	8. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră
	9. Cantitatea de lapte la o masă ml 10. Nr. de mese în 24 ore
	11. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU , notați simptomele la copil (balonare, colici, plâns, dereglări de scaun)
	12. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU
	13. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU
	14. Mama cunoaște cum să prelucereze corect sânii și să curețe sticluta? ☐ DA ☐ NU
	15. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
16. Numărul de scaune în 24 ore	17. Numărul scutece ude în 24 ore
18. Somn : numărul de ore somn timp de 24 ore	19. Numărul de ore somn noaptea
20. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU	
Dacă DA , specificați:	
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului :	
Vorbirea	Se relaxează când se simte confortabil (când i se vorbește calm, este luat în brațe etc.) ☐ DA ☐ NU
	Semnaleză prin diferite sunete și mișcări nevoia de ajutor din partea adultului ☐ DA ☐ NU

Comunicarea	Urmărește cu atenție mișcările și reacțiile ființelor din jur: atunci când copilului i se vorbește, el manifestă interes, încetinește mișcările, ascultă cu atenție	☐ DA	☐ NU
Motricitatea grosieră	Ridică capul când e culcat pe burtă pentru scurt timp	☐ DA	☐ NU
	Întoarce capul într-o parte sau alta, când e culcat pe burtă	☐ DA	☐ NU
	Mișcă în egală măsură din ambele mâini și picioare	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Prinde degetele adultului	☐ DA	☐ NU
	Pentru o perioadă scurtă de timp ține pumnișorii desfăcuți	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Privește, urmărește fața persoanei care îi vorbește	☐ DA	☐ NU
	Reacționează prin mișcări, sunete, mimică la momentele de rutină (hrănire, schimbat scutece, baie, îmbrăcat)	☐ DA	☐ NU
	Răspunde cu zâmbet părintelui sau îngrijitorului, dacă acesta manifestă atenție sau se joacă	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Evaluați riscul depresiei postnatale:		Scorul Scalei de Depresie Postnatală din Edinburg	
		 puncte	
<i>NOTĂ: se aplică în cazul în care nu a fost efectuat la vizita precedentă sau dacă rezultatul chestionării anterioare indică risc de depresie maternă</i>			
2. Evaluați prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm	☐ ia copilul în brațe	☐ se agită ☐ este indiferentă
3. Mama folosește medicamente?	☐ DA ☐ NU		
Dacă DA, specificați:			
4. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate	☐ da, unele	☐ nu, nici unul ☐ nu se știe
5. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA ☐ NU		
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA ☐ NU		
2. Există risc de abuz a copilului?	☐ DA ☐ NU		
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 7

Vizita la vârsta de 3 luni	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU
	5. Mama planifică să lase lapte stors pentru perioadele când lipsește de acasă? ☐ DA ☐ NU
	6. Mama cunoaște cum să stoarcă și să păstreze corect lapte stors? ☐ DA ☐ NU
	7. Mama alăptează și adăugător oferă copilului ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>
For- mulă de lapte (lapte praf)	8. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră
	9. Cantitatea de lapte la o masă ml 10. Nr. de mese în 24 ore
	11. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați simptomele la copil (balonare, colici, plâns, dereglări de scaun)
	12. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU
	13. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU
	14. Mama cunoaște cum să prelucereze corect sânii și să curețe sticluta? ☐ DA ☐ NU
	15. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
16. Numărul de scaune în 24 ore	17. Numărul scutece ude în 24 ore
18. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore	19. Numărul de ore somn noaptea
20. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU	
Dacă DA, specificați:	
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului :	
Vorbirea	Se relaxează când se simte confortabil (când i se vorbește calm, este luat în brațe etc.) ☐ DA ☐ NU
	Semnaleză prin diferite sunete și mișcări nevoia de ajutor din partea adultului ☐ DA ☐ NU

Comunicarea	Urmărește cu atenție mișcările și reacțiile ființelor din jur: atunci când copilului i se vorbește, el manifestă interes, încetinește mișcările, ascultă cu atenție	☐ DA	☐ NU		
Motricitatea grosieră	Ridică capul când e culcat pe burtă pentru scurt timp	☐ DA	☐ NU		
	Întoarce capul într-o parte sau alta, când e culcat pe burtă	☐ DA	☐ NU		
	Mișcă în egală măsură din ambele mâini și picioare	☐ DA	☐ NU		
Motricitatea fină	Prinde degetele adultului	☐ DA	☐ NU		
	Pentru o perioadă scurtă de timp ține pumnișorii desfăcuți	☐ DA	☐ NU		
Socio-emoțională	Privește, urmărește fața persoanei care îi vorbește	☐ DA	☐ NU		
	Reacționează prin mișcări, sunete, mimică la momentele de rutină (hrănire, schimbat scutece, baie, îmbrăcat)	☐ DA	☐ NU		
	Răspunde cu zâmbet părintelui sau îngrijitorului, dacă acesta manifestă atenție sau se joacă	☐ DA	☐ NU		
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)					
1.	Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm	☐ ia copilul în brațe	☐ se agită	☐ este indiferentă
2.	Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate	☐ da, unele	☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
3.	Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?			☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)					
1.	Există risc de neglijare a copilului?			☐ DA	☐ NU
2.	Există risc de abuz a copilului?			☐ DA	☐ NU
Dacă DA, specificați:					
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:					
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)					
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:					
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)					

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 8

Vizita la vârsta de 5 luni	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute) 4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU
	5. Mama planifică să lase lapte stors pentru perioadele când lipsește de acasă? ☐ DA ☐ NU
	6. Mama cunoaște cum să stoarcă și să păstreze corect lapte stors? ☐ DA ☐ NU
	7. Mama alăptează și adăugător oferă copilului ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>
For- mulă de lapte (lapte praf)	8. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră
	9. Cantitatea de lapte la o masă ml 10. Nr. de mese în 24 ore
	11. Copilul suportă bine laptele praf? ☐ DA ☐ NU Dacă NU, notați simptomele la copil (balonare, colici, plâns, dereglări de scaun)
	12. Mama cunoaște cum să prepare corect laptele praf? ☐ DA ☐ NU
	13. Mama cunoaște cum să păstreze corect laptele după preparare? ☐ DA ☐ NU
	14. Mama cunoaște cum să prelucereze corect sânii și să curețe sticluta? ☐ DA ☐ NU
	15. Mama cunoaște cum să procedeze corect ca să se asigure că copilul elimină aerul înghițit? ☐ DA ☐ NU
16. Numărul de scaune în 24 ore	17. Numărul scutece ude în 24 ore
18. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore	19. Numărul de ore somn noaptea
20. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU	
Dacă DA, specificați:	
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului :	
Vorbirea	Expresia feței (pe lângă zâmbet) se schimbă în funcție de diversele emoții pe care le exprimă ☐ DA ☐ NU
	Vocalizează folosind vocale neclare, apoi clare („a, e, i, o, u”) ☐ DA ☐ NU
	Râde în hohote când i se vorbește cu afecțiune ☐ DA ☐ NU

Comunicarea	Ascultă, privind cu atenție spre fața părintelui/îngrijitorului atunci, când acesta îi vorbește	☐ DA	☐ NU		
	Răspunde cu sunete atunci, când părintele/îngrijitorul îi vorbește	☐ DA	☐ NU		
	Țipă, utilizează expresii faciale și mișcări corporale pentru a-și exprima emoțiile	☐ DA	☐ NU		
	Reacționează prin sunete și gesturi când își aude numele	☐ DA	☐ NU		
	Observă/ percepe trăsăturile fizice ale celorlalți (ex. atinge pielea sau părul unei alte persoane)	☐ DA	☐ NU		
Motricitatea grosieră	Ține capul drept și stabil	☐ DA	☐ NU		
	Ridică capul și pieptul sub un unghi de 90 grade, când e culcat pe burtă	☐ DA	☐ NU		
Motricitatea fină	Cea mai mare parte a timpului ține pumniișorii desfăcuți	☐ DA	☐ NU		
	Se întinde și apucă cu ambele mâini jucăriile/obiectele situate în imediata apropiere	☐ DA	☐ NU		
	Aduce ambele mâini în față pe linia medie	☐ DA	☐ NU		
Socio-emoțională	Focalizează privirea pe obiectele apropiate sau depărtate	☐ DA	☐ NU		
	Mimica facială exprimă dorința sau supărarea	☐ DA	☐ NU		
	Arată că este gata să răspundă la contact prin zâmbet, privire, mișcare, sunete	☐ DA	☐ NU		
	Inițiază și menține interacțiuni cu adulții care îl îngrijesc și cu care este obișnuit/ă	☐ DA	☐ NU		
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)					
1.	Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie cum reacționează la plânsul de durată a copilului	☐ calm	☐ ia copilul în brațe	☐ se agită	☐ este indiferentă
2.	Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate	☐ da, unele	☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
3.	Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA	☐ NU		
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)					
1.	Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA	☐ NU		
2.	Există risc de abuz a copilului?	☐ DA	☐ NU		
Dacă DA, specificați:					
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:					
Formulați CONCLUZIILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)					
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:					
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la starea mamei (sănătate și stare de bine)					

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 9

Vizita la vârsta de 7 luni						
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>			Mama <i>Nume, Prenume</i>			
Instituția medicală Medicul de familie			Copilul <i>Nume, Prenume</i>			
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>			Sex ☐ F ☐ B			
Adresa			Data nașterii <i>zi / lună / an</i>			
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)						
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute)					
	4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU					
	5. Mama planifică să lase lapte stors pentru perioadele când lipsește de acasă? ☐ DA ☐ NU					
	6. Mama cunoaște cum să stoarcă și să păstreze corect lapte stors? ☐ DA ☐ NU					
MIXT	7. Mama alăptează și oferă adăugător copilului lapte ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>					
For- mulă de lapte (lapte praf)	8. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră					
	9. Cantitatea de lapte la o masă ml			10. Nr. de mese în 24 ore		
11. Numărul de scaune în 24 ore			12. Numărul scutece ude în 24 ore			
13. Somn: numărul de ore somn timp de 24 ore			14. Numărul de ore somn noaptea			
15. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU						
Dacă DA, specificați:						
ALIMENTAȚIE COMPLEMENTARĂ (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)						
1. Primește copilul Dieta Minim Acceptabilă (după OMS)? ☐ DA ☐ NU						
Dieta Minim Acceptabilă (diversificată) include cel puțin 4 grupe de produse din cele 7 grupe recomandate. Bifați (✓) grupele de produse pe care le primește copilul:						
Amidonoase ¹	Protein vegetale ²	Lactate	Carne ³	Ouă	Legume/ Fructe surse de Vit.A ⁴	Alte Fructe/ Legume
☐ ¹ orez, griș, mălai, cartofi, făinoase	☐ ² mazăre, linte, fasole, năut, semințe	☐	☐ ³ carne, pește, ficat	☐	☐ frunze verzi/pulpă galbenă, roșie (spanac, salată, broccoli, dovleac, piersici, etc.)	☐

Frecvența/consistența meselor:

Numărul de mese, alte decât lapte	Cantitatea medie la o porțiegr	Consistența adecvată – curge din lingură sau nu? ☐ DA ☐ NU
--	---	---

2. Observații

DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)

Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie **reperele de dezvoltare a copilului:**

Vorbirea	Repetă în mod spontan aceeași silabă de două - trei ori (ma, ma, ma; da, da) – lalalizează	☐ DA ☐ NU
	Articulează vocale cu consoane și le diferențiază (a se articulează cu m, n, p, b, t, d)	☐ DA ☐ NU
	Folosește gesturile (clatină din cap în semn de dezacord, flutură din mâini dacă se bucură, trage obiectul înapoi)	☐ DA ☐ NU
	Rostește cuvinte monosilabice și bisilabice cu sens pentru a atrage atenția celor din jur	☐ DA ☐ NU
	Comunică o nevoie prin cuvinte, expresii faciale sau gesturi care exprimă acțiuni	☐ DA ☐ NU
Comunicarea	Recunoaște cuvintele care se repetă frecvent, cum ar fi «nu, mama, mâncare»	☐ DA ☐ NU
	Reacționează când adultul zice „NU”, dar poate avea nevoie de susținere pentru a se opri	☐ DA ☐ NU
	Anticipază/ testează reacții din partea celor care îl îngrijesc prin diverse comportamente (de exemplu când vrea să ia un obiect interzis și se uită spre adult să-i testeze reacția)	☐ DA ☐ NU
Motricitatea grosieră	Se rostogolește	☐ DA ☐ NU
	Stă în șezut fără sprijin din partea adultului	☐ DA ☐ NU
Motricitatea fină	Transferă obiecte mici dintr-o mână în alta	☐ DA ☐ NU
	Prinde obiectele cu degetele opozante, dar se ajută cu celelate degete	☐ DA ☐ NU
Socio- emoțională	Manifestă teama de separare prin plans (când nu vede adulții cu care este obișnuit sau în prezența străinilor)	☐ DA ☐ NU
	Copilul se liniștește în prezența adulților cu care este obișnuit	☐ DA ☐ NU
	Reacționează diferențiat la adulții care îl îngrijesc și la persoane străine cu care intră în contact (frică, neliniște, rușinare)	☐ DA ☐ NU

ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)

1. Copilul are vaccinurile obligatorii ☐ da, toate ☐ da, unele ☐ nu, nici unul ☐ nu se știe
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului? ☐ DA ☐ NU

MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)

1. Există risc de neglijare a copilului? ☐ DA ☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului? ☐ DA ☐ NU

Dacă DA, specificați:

Formulați **CONCLUZIILE** cu privire la
alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:

Formulați **RECOMANDĂRILE** cu privire la
alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 10

Vizita la vârsta de 9 luni						
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>			Mama <i>Nume, Prenume</i>			
Instituția medicală Medicul de familie			Copilul <i>Nume, Prenume</i>			
Data vizitei / / <i>zi / lună / an</i>			Sex ☐ F ☐ B			
Adresa			Data nașterii / / <i>zi / lună / an</i>			
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)						
La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute)					
	4. Evaluați tehnica de alăptare în baza <i>Fișei de observare a tehnicii de alăptare</i> : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU					
	5. Mama planifică să lase lapte stors pentru perioadele când lipsește de acasă? ☐ DA ☐ NU					
	6. Mama cunoaște cum să stoarcă și să păstreze corect lapte stors? ☐ DA ☐ NU					
MIXT	7. Mama alăptează și oferă adăugător copilului lapte ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>					
For- mulă de lapte (lapte praf)	8. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră					
	9. Cantitatea de lapte la o masă ml		10. Nr. de mese în 24 ore			
11. Numărul de scaune în 24 ore			12. Numărul scutece ude în 24 ore			
13. Somn : numărul de ore somn timp de 24 ore			14. Numărul de ore somn noaptea			
15. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU						
Dacă DA, specificați:						
ALIMENTAȚIE COMPLEMENTARĂ (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)						
1. Primește copilul Dieta Minim Acceptabilă? ☐ DA ☐ NU						
Dieta Minim Acceptabilă (diversificată) include cel puțin 4 grupe de produse din cele 7 grupe recomandate. Bifați (✓) grupele de produse pe care le primește copilul:						
Amidonoză¹	Protein vegetale²	Lactate	Carne³	Ouă	Legume/ Fructe surse de Vit.A⁴	Alte Fructe/ Legume
☐ ¹ orez, griș, mălai, cartofi, făinoase	☐ ² mazăre, linte, fasole, năut, semințe	☐	☐ ³ carne, pește, ficat	☐	☐ frunze verzi/pulpă galbenă, roșie (spanac, salată, broccoli, dovleac, piersici, etc.)	☐

Frecvența/consistența meselor:			
Numărul de mese, alte decât lapte	Cantitatea medie la o porțiegr	Consistența adecvată – curge din lingură sau nu? ☐ DA ☐ NU	
2. Observații			
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)			
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:			
Vorbirea	Repetă în mod spontan aceeași silabă de două - trei ori (ma, ma, ma; da, da) – lalalizează	☐ DA	☐ NU
	Articulează vocale cu consoane și le diferențiază (a se articulează cu m, n, p, b, t, d)	☐ DA	☐ NU
	Folosește gesturile (clatină din cap în semn de dezacord, flutură din mâini dacă se bucură, trage obiectul înapoi)	☐ DA	☐ NU
	Rostește cuvinte monosilabice și bisilabice cu sens pentru a atrage atenția celor din jur	☐ DA	☐ NU
	Comunică o nevoie prin cuvinte, expresii faciale sau gesturi care exprimă acțiuni	☐ DA	☐ NU
Comunicarea	Recunoaște cuvintele care se repetă frecvent, cum ar fi «nu, mama, mâncare»	☐ DA	☐ NU
	Reacționează când adultul zice „NU”, dar poate avea nevoie de susținere pentru a se opri	☐ DA	☐ NU
	Anticipează/ testează reacții din partea celor care îl îngrijesc prin diverse comportamente (de exemplu când vrea să ia un obiect interzis și se uită spre adult să-i testeze reacția)	☐ DA	☐ NU
Motricitatea grosieră	Se rostogolește	☐ DA	☐ NU
	Stă în șezut fără sprijin din partea adultului	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Transferă obiecte mici dintr-o mână în alta	☐ DA	☐ NU
	Prinde obiectele cu degetele opozante, dar se ajută cu celelate degete	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Manifestă teama de separare prin plans (când nu vede adulții cu care este obișnuit sau în prezența străinilor)	☐ DA	☐ NU
	Copilul se liniștește în prezența adulților cu care este obișnuit	☐ DA	☐ NU
	Reacționează diferențiat la adulții care îl îngrijesc și la persoane străine cu care intră în contact (frică, neliniște, rușinare)	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?		☐ da, toate	☐ da, unele ☐ nu, nici unul ☐ nu se știe
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?		☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?		☐ DA	☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului?		☐ DA	☐ NU
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Asistenta medicală de familie		Semnătura	

FORMULAR VIZITA 11
Vizita la vârsta de 11-12 luni

As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei / / <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii / / <i>zi / lună / an</i>

ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)

La sân	1. Nr. de mese în 24 ore 2. Ore între mese 3. Durata suptului (minute)	
	4. Evaluați tehnica de alăptare în baza Fișei de observare a tehnicii de alăptare : Alăptarea este corectă? Dacă NU, notați semnele de posibilă dificultate în alăptare : ☐ DA ☐ NU	
	5. Mama planifică să lase lapte stors pentru perioadele când lipsește de acasă? ☐ DA ☐ NU	
	6. Mama cunoaște cum să stoarcă și să păstreze corect lapte stors? ☐ DA ☐ NU	
MIXT	7. Mama alăptează și oferă adăugător copilului lapte ☐ DA ☐ NU <i>Dacă DA, atunci răspundeți la întrebările atât despre alimentația la sân, cât și despre cea artificială</i>	
For- mulă de lapte (lapte praf)	8. Ce tip de lapte folosește mama pentru a hrăni copilul? ☐ Lapte praf (formula adaptată) ☐ Lapte de vacă/ capră	
	9. Cantitatea de lapte la o masă ml	10. Nr. de mese în 24 ore

11. Numărul de scaune în 24 ore	12. Numărul scutece ude în 24 ore
13. Somn : numărul de ore somn timp de 24 ore	14. Numărul de ore somn noaptea

15. Primește copilul vitamine? ☐ DA ☐ NU
Dacă DA , specificați:

ALIMENTAȚIE COMPLEMENTARĂ (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)

1. Primește copilul Dieta Minim Acceptabilă? ☐ DA ☐ NU
--

Dieta Minim Acceptabilă (diversificată) include cel puțin 4 grupe de produse din cele 7 grupe recomandate.

Bifați (✓) grupele de produse pe care le primește copilul:

Amidonoză¹	Protein vegetale²	Lactate	Carne³	Ouă	Legume/ Fructe surse de Vit.A⁴	Alte Fructe/ Legume
☐ ¹ orez, griș, mălai, cartofi, făinoase	☐ ² mazăre, linte, fasole, năut, semințe	☐	☐ ³ carne, pește, ficat	☐	☐ frunze verzi/pulpă galbenă, roșie (spanac, salată, broccoli, dovleac, piersici, etc.)	☐

Frecvența/consistența meselor:			
Numărul de mese, alte decât lapte	Cantitatea medie la o porțiegr	Consistența adecvată – curge din lingură sau nu?	☐ DA ☐ NU
2. Observații			
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)			
Evalueați prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:			
Vorbirea	Pronunță cu sens un cuvânt	☐ DA	☐ NU
	Indică cu mâna sau palma în direcția oamenilor sau obiectelor pe care vrea să le arate	☐ DA	☐ NU
Comunicarea	Cunoaște numele membrilor familiei (mama, tata, frate/sora)	☐ DA	☐ NU
	Îi strigă pe nume pe frați/surori	☐ DA	☐ NU
	Recunoaște numele obiectelor (minge, jucărie) – indică obiecte familiare când ele sunt denumite	☐ DA	☐ NU
	Rescționează adecvat la comenzi care include verbe (vino, deschide/închide...)	☐ DA	☐ NU
Motricitatea grosieră	Repetă un mesaj verbal simplu atunci când îl aude	☐ DA	☐ NU
	Încearcă să se ridice în picioare, sprijinindu-se de ceva sau cineva	☐ DA	☐ NU
	Stă în picioare de sine stătător o perioadă foarte scurtă de timp	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Merge ținându-se de mobilier	☐ DA	☐ NU
	Prinde obiectele cu degetele opozante	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Folosește mișcări corporale – gesturi pentru a iniția interacțiuni sociale (de ex. atinge ușor cu palma pentru a atrage atenția, întinde mâinile pentru a fi luat în brațe)	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?		☐ da, toate	☐ da, unele
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?		☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
3. A fost introdus spălatul pe dinți?		☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?		☐ DA	☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului?		☐ DA	☐ NU
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 12

Vizita la vârsta de 15 luni / 1 an 3 luni	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
Lapte Săn ☐ Biberon ☐ Căniță ☐ mililitri/zi Solide Cereale ☐ Carne ☐ Ou ☐ Legume ☐ Fructe ☐ Sursa de apă Vitamine	
Numărul de scaune/zi	Numărul micțiuni/zi
Somn:	
Comportament:	
Activități: se joacă..... interzis TV.....	
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evalueați prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:	
Vorbirea	Folosește un cuvânt cu înțeles adițional la cuvintele „mama, tata, mâncare” ☐ DA ☐ NU
	Folosește degetul arătător pentru a indica la ceva ☐ DA ☐ NU
Comunicarea	Răspunde la comenzi care includ verbe („sări, aleargă, deschide, prinde, adu-mi...”) ☐ DA ☐ NU
	Indică, la cerere, persoanele cunoscute („Unde este bunica?”) și obiecte familiar („Arată-mi camera/pătuțul ta/tău”) ☐ DA ☐ NU
	Îndeplinește comenzi simple însoțite de gesturi (ex. spune „Pa-pa” când este solicitat sau aplaudă împreună cu un adult sau face gestul „bravo!”) ☐ DA ☐ NU
	Răspunde la formulele de salut folosite de adulți ☐ DA ☐ NU
	Reacționează la atenționările adulților când i se semnalează un pericol ☐ DA ☐ NU
Motricitatea grosieră	Merge singur ☐ DA ☐ NU
Motricitatea fină	Folosește degetele pentru a studia obiectul, sau se folosește de un instrument (bețișor sau stilou) ☐ DA ☐ NU
Socio-emoțională	Imită adultul (dă din mână ca răspuns la binețe, imită acțiunea de scriere, își spală și își usucă mâinile cu sprijinul adultului, strânge lucrurile) ☐ DA ☐ NU

ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?	☐ da, toate ☐ da, unele ☐ nu, nici unul ☐ nu se știe
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?	☐ DA ☐ NU
3. A fost introdus spălutul pe dinți?	☐ DA ☐ NU
4. Copilul mai este alimentat în cursul nopții?	☐ DA ☐ NU
5. Mesele copilului sunt integrate în programul de mese al întregii familii?	☐ DA ☐ NU
6. Copilul mai bea lichide cu biberonul?	☐ DA ☐ NU
7. A fost luată în considerare încercarea de renunțare la biberon?	☐ DA ☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
1. Există risc de neglijare a copilului?	☐ DA ☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului?	☐ DA ☐ NU
Dacă DA , specificați:	
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:	
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:	

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 13
Vizita la vârsta de 18 luni / 1 an 6 luni

As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei / / <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii / / <i>zi / lună / an</i>

ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)

Lapte	Sân ☐	Biberon ☐	Căniță ☐	mililitri/zi _____
Solide	Cereale ☐	Carne ☐	Ou ☐	Legume ☐ Fructe ☐
Sursa de apă				
Vitamine				
Numărul de scaune/zi		Numărul micțiuni/zi		
Somn:				
Comportament:				
Activități: se joacă..... interzis TV.....				

DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)

Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:		
Vorbirea	Folosește trei cuvinte, înțelegând semnificația lor, adițional la cuvintele «mama, tata, mâncare»	☐ DA ☐ NU
	Folosește cuvinte cu valoare de propoziție (ex. „Sus” – comunică faptul că vrea să fie luat în brațe)	☐ DA ☐ NU
	Părintele/îngrijitorul înțelege unele cuvinte pe ceea ce pronunță copilul	☐ DA ☐ NU
Comunicarea	Îndeplinește 2 comenzi corelate redactate prin folosirea unor structuri mai complexe care includ substantiv, verbe, adverbe, adjective („Așează jucăriile de construit în rafturile lor și vino la masă”)	☐ DA ☐ NU
	Începe o activitate după ce primește sugestii sau indicații din partea adultului (de ex. să găsească o piesă lipsă la o jucărie)	☐ DA ☐ NU
	Se concentrează pe perioade scurte de timp asupra persoanei care îi citește sau îi spune o poveste	☐ DA ☐ NU
	Ascultă povești și povestiri scurte, simple pe care le preferă cu un final fericit	☐ DA ☐ NU
Motricitatea grosieră	Lovește și aruncă mingea cu control redus al direcției și vitezei	☐ DA ☐ NU
	Împinge obiecte	☐ DA ☐ NU

Motricitatea fină	Ține bețișorul sau creionul în orice direcție și zgârie cu el hârtia sau pământul/ podeaua	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Inițiază interacțiuni sociale (de ex. urcă în brațe la bunel, se joacă cu mingea cu tatăl său, cuprinde mama, etc.)	☐ DA	☐ NU
	Se atașează de un adult, altul decât persoana care l-a îngrijit	☐ DA	☐ NU
	Își exprimă verbal nevoia de securitate în situații de disconfort (neplăcute) sau periculoase căutând adulții în care are încredere	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?		☐ da, toate	☐ da, unele
		☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?		☐ DA	☐ NU
3. A fost introdus spălatul pe dinți?		☐ DA	☐ NU
4. Copilul mai este alimentat în cursul nopții?		☐ DA	☐ NU
5. Mesele copilului sunt integrate în programul de mese ale întregii familii?		☐ DA	☐ NU
6. Copilul mai bea lichide cu biberonul?		☐ DA	☐ NU
7. A fost luată în considerare încercarea de renunțare la biberon?		☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?		☐ DA	☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului?		☐ DA	☐ NU
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 14
Vizita la vârsta de 18 - 24 luni / 1 an 6 luni – 2 ani

As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei / / <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii / / <i>zi / lună / an</i>

ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)

Lapte	Sân ☐	Biberon ☐	Căniță ☐	mililitri/zi _____
Solide	Cereale ☐	Carne ☐	Ou ☐	Legume ☐ Fructe ☐
Sursa de apă				
Vitamine				
Cât suc de fructe sau alte băuturi îndulcite/ceai primește copilul și când? (notați)				
Cum procedează mama atunci când copilul refuză să mănânce la o masă sau când refuză anumite alimente? (notați)				
Numărul de scaune/săptămână		Numărul micțiuni/zi		
Folosește olița DA ☐ NU ☐		Se scapă de ori		
Somn:				
Activități: se joacă 1 oră/zi DA ☐ NU ☐ se uită la TV < 2 ore/zi DA ☐ NU ☐				

DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)

Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperle de dezvoltare a copilului:		
Vorbirea	Folosește șase cuvinte cu semnificație	☐ DA ☐ NU
	Folosește combinații de cuvinte și gesturi pentru a explica ceva	☐ DA ☐ NU
	Folosește propoziții laconice - „mama, pa”; «dă apă», «mama măr»	☐ DA ☐ NU
	Vorbește suficient de clar pentru a fi înțeles de toți interlocutorii	☐ DA ☐ NU
Comunicarea	Răspunde afirmativ sau negativ la întrebări cu răspuns „Da” sau „Nu” („Vrei apă?”)	☐ DA ☐ NU
	Demonstrează recunoașterea regulilor, chiar dacă nu le respectă întotdeauna	☐ DA ☐ NU
	Anticipează consecințele nerespectării regulilor	☐ DA ☐ NU
Motricitatea grosieră	Urcă scările, ținându-se de mâna adultului sau balustradă	☐ DA ☐ NU

Motricitatea fină	Ține bețișorul sau creionul de capătul de sus sau de mijloc	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Inițiază interacțiuni sociale (de ex. urcă în brațe la bunel, se joacă cu mingea cu tatăl său, cuprinde mama, etc.)	☐ DA	☐ NU
	Se atașează de un adult, altul decât persoana care l-a îngrijit	☐ DA	☐ NU
	Își exprimă verbal nevoia de securitate în situații de disconfort (neplăcute) sau periculoase căutând adulții în care are încredere	☐ DA	☐ NU
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?		☐ da, toate	☐ da, unele
		☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?		☐ DA	☐ NU
3. A fost introdus spălatul pe dinți?		☐ DA	☐ NU
4. Mesele copilului sunt integrate în programul de mese al întregii familii?		☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?		☐ DA	☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului?		☐ DA	☐ NU
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 15

Vizita la vârsta de 25 - 36 luni / 2 – 3 ani	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
Lapte Biberon ☐ Căniță ☐ mililitri/zi Solide Cereale ☐ Carne ☐ Ou ☐ Legume ☐ Fructe ☐ Sursa de apă Vitamine Cât suc de fructe sau alte băuturi îndulcite/ceai primește copilul și când? (<i>notați</i>) Cum procedează mama atunci când copilul refuză să mănânce la o masă sau când refuză anumite alimente? (<i>notați</i>) Numărul de scaune/săptămână Numărul micțiuni/zi Folosește olița DA ☐ NU ☐ Se scapă de ori Somn: Activități: se joacă 1 oră/zi DA ☐ NU ☐ se uită la TV < 2 ore/zi DA ☐ NU ☐	
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:	
Vorbirea	Folosește corect pronumele (nu mai folosește persoana a treia pentru a se referi la sine) ☐ DA ☐ NU
	Folosește număr multiplu ☐ DA ☐ NU
	Copilul pronunță propoziții simple din 3-4 cuvinte ☐ DA ☐ NU
	Poate să explice majoritatea dorințelor personale folosind cuvinte și gesturi ☐ DA ☐ NU
	Vorbește suficient de clar pentru a fi înțeles de toți interlocutorii ☐ DA ☐ NU
Comunicarea	Cunoaște numele a mai mult de 3 obiecte (minge, câine, lingură) ☐ DA ☐ NU
	Folosește o prepoziție adăugătoare la «în», de exemplu, «sub» sau «pe» ☐ DA ☐ NU
	Îndeplinește sarcini duble (mergi în cameră și adu-mi mingea) ☐ DA ☐ NU
	Demonstrează înțelegerea conceptelor „la fel” și „diferit” ☐ DA ☐ NU
	Anticipază și înțelege consecințele nerespectării regulilor ☐ DA ☐ NU
	Cunoaște mai mult decât o limbă ☐ DA ☐ NU

Motricitatea grosieră	Coboară scările ținându-se de mâna adultului sau balustradă	☐ DA	☐ NU
	Urcă și coboară scări, nealternând picioarele, fără sprijin	☐ DA	☐ NU
	Sare pe ambele picioare și peste obiecte mici păstrându-și echilibrul	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Utilizează creionul sau pensula, ținând de partea de jos a obiectului	☐ DA	☐ NU
	Mâzgălește cu creionul începând să imite semne care pot fi recunoscute – cerc, pătrat, triunghi, oameni/ animale cu părți ale corpului	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Demonstrează interes față de jucării/obiecte, manifestă dorință să comunice cu alți adulți/copii	☐ DA	☐ NU
	Se joacă lângă alt copil	☐ DA	☐ NU
	Observă și imită comportamentul altui copil	☐ DA	☐ NU
	Se bucură de compania copiilor la joacă	☐ DA	☐ NU
	Manifestă spontan preferința să se joace cu copii pe care îi cunoaște	☐ DA	☐ NU
	Se alătură unui grup de copii care se joacă (cu ajutorul adultului, dacă este necesar)	☐ DA	☐ NU
	De cele mai multe ori își exprimă dorința de a se despărți de adult pentru a se juca împreună cu alți copii	☐ DA	☐ NU
	Se conformează deciziilor de grup	☐ DA	☐ NU
	Cooperează, face schimb de obiecte în joc	☐ DA	☐ NU
	Se împrietenește și menține prietenia cu cel puțin un copil	☐ DA	☐ NU
	Își exprimă afecțiunea față de adulții cu care este obișnuit („unde este bunelul? vreau să merg la bunica”)	☐ DA	☐ NU
	Își exprimă sentimente față de anumiți adulți („o iubesc pe...”)	☐ DA	☐ NU
	Imită comportamentul altor persoane (dă din mână ca răspuns la binețe, imită acțiunea de scriere, se spală pe mâini, strânge lucrurile repetând după alții)	☐ DA	☐ NU
	Îl ajută pe adult în sarcini simple	☐ DA	☐ NU
Numește câteva emoții (vesel, trist, speriat, etc.)	☐ DA	☐ NU	
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi?		☐ da, toate	☐ da, unele
		☐ nu, nici unul	☐ nu se știe
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului?		☐ DA	☐ NU
3. Mesele copilului sunt integrate în programul de mese al întregii familii?		☐ DA	☐ NU
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului?		☐ DA	☐ NU
2. Există risc de abuz a copilului?		☐ DA	☐ NU
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

FORMULAR VIZITA 16

Vizita la vârsta de 36 - 48 luni / 3 – 4 ani	
As/ medicală de familie <i>Nume, Prenume</i>	Mama <i>Nume, Prenume</i>
Instituția medicală Medicul de familie	Copilul <i>Nume, Prenume</i>
Data vizitei <i>zi / lună / an</i>	Sex ☐ F ☐ B
Adresa	Data nașterii <i>zi / lună / an</i>
ALIMENTAȚIA ȘI SOMNUL COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)	
Lapte Biberon ☐ Căniță ☐ mililitri/zi Solide Cereale ☐ Carne ☐ Ou ☐ Legume ☐ Fructe ☐ Sursa de apă Vitamine Cât suc de fructe sau alte băuturi îndulcite/ceai primește copilul și când? (<i>notați</i>) Cum procedează mama atunci când copilul refuză să mănânce la o masă sau când refuză anumite alimente? (<i>notați</i>) Numărul de scaune/săptămână Numărul micțiuni/zi Folosește olița DA ☐ NU ☐ Se scapă de ori Somn: Activități: se joacă 1 oră/zi DA ☐ NU ☐ se uită la TV < 2 ore/zi DA ☐ NU ☐	
DEZVOLTAREA COPILULUI (bifați ✓ răspunsul care este aplicabil)	
Evaluati prin discuția cu mama și observare proprie reperele de dezvoltare a copilului:	
Vorbirea	Folosește corect pronumele (nu mai folosește persoana a treia pentru a se referi la sine) ☐ DA ☐ NU
	Folosește număr multiplu ☐ DA ☐ NU
	Copilul pronunță propoziții simple din 3-4 cuvinte ☐ DA ☐ NU
	Poate să explice majoritatea dorințelor personale folosind cuvinte și gesturi ☐ DA ☐ NU
	Vorbește suficient de clar pentru a fi înțeles de toți interlocutorii ☐ DA ☐ NU
Comunicarea	Cunoaște numele a mai mult de 3 obiecte (minge, câine, lingură) ☐ DA ☐ NU
	Folosește o prepoziție adăugătoare la «în», de exemplu, «sub» sau «pe» ☐ DA ☐ NU
	Îndeplinește sarcini duble (mergi în cameră și adu-mi mingea) ☐ DA ☐ NU
	Demonstrează înțelegerea conceptelor „la fel” și „diferit” ☐ DA ☐ NU
	Anticipează și înțelege consecințele nerespectării regulilor ☐ DA ☐ NU
	Cunoaște mai mult decât o limbă ☐ DA ☐ NU

Motricitatea grosieră	Coboară scările ținându-se de mâna adultului sau balustradă	☐ DA	☐ NU
	Urcă și coboară scări, nealternând picioarele, fără sprijin	☐ DA	☐ NU
	Sare pe ambele picioare și peste obiecte mici păstrându-și echilibrul	☐ DA	☐ NU
Motricitatea fină	Utilizează creionul sau pensula, ținând de partea de jos a obiectului	☐ DA	☐ NU
	Mâzgălește cu creionul începând să imite semne care pot fi recunoscute – cerc, pătrat, triunghi, oameni/ animale cu părți ale corpului	☐ DA	☐ NU
Socio-emoțională	Demonstrează interes față de jucării/obiecte, manifestă dorință să comunice cu alți adulți/copii	☐ DA	☐ NU
	Se joacă lângă alt copil	☐ DA	☐ NU
	Observă și imită comportamentul altui copil	☐ DA	☐ NU
	Se bucură de compania copiilor la joacă	☐ DA	☐ NU
	Manifestă spontan preferința să se joace cu copii pe care îi cunoaște	☐ DA	☐ NU
	Se alătură unui grup de copii care se joacă (cu ajutorul adultului, dacă este necesar)	☐ DA	☐ NU
	De cele mai multe ori își exprimă dorința de a se despărți de adult pentru a se juca împreună cu alți copii	☐ DA	☐ NU
	Se conformează deciziilor de grup	☐ DA	☐ NU
	Cooperează, face schimb de obiecte în joc	☐ DA	☐ NU
	Se împrietenește și menține prietenia cu cel puțin un copil	☐ DA	☐ NU
	Își exprimă afecțiunea față de adulții cu care este obișnuit („unde este bunelul? vreau să merg la bunica”)	☐ DA	☐ NU
	Își exprimă sentimente față de anumiți adulți („o iubesc pe...”)	☐ DA	☐ NU
	Imită comportamentul altor persoane (dă din mână ca răspuns la binețe, imită acțiunea de scriere, se spală pe mâini, strânge lucrurile repetând după alții)	☐ DA	☐ NU
	Îl ajută pe adult în sarcini simple	☐ DA	☐ NU
Numește câteva emoții (vesel, trist, speriat, etc.)	☐ DA	☐ NU	
ÎNGRIJIREA COPILULUI (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Copilul are vaccinurile obligatorii efectuate la zi? ☐ da, toate ☐ da, unele ☐ nu, nici unul ☐ nu se știe			
2. Mama cunoaște semnele de pericol pentru viața copilului? ☐ DA ☐ NU			
3. Mesele copilului sunt integrate în programul de mese al întregii familii? ☐ DA ☐ NU			
MEDIU DE RISC PENTRU COPIL (bifați ✓ sau notați răspunsul care este aplicabil)			
1. Există risc de neglijare a copilului? ☐ DA ☐ NU			
2. Există risc de abuz a copilului? ☐ DA ☐ NU			
Dacă DA, specificați:			
Formulați CONCLUZIILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			
Formulați RECOMANDĂRILE cu privire la alimentația, dezvoltarea și îngrijirea copilului:			

Asistenta medicală de familie

Semnătura

Anexa 1

Fișa de evaluare a tehnicii de alăptare

BIFĂȚI (!) CELE PREZENTE

<i>Semne care indică faptul că alăptarea merge bine</i>	<i>Semne de posibilă dificultate</i>
Mamă	Mamă
☐ mama are aspect sănătos ☐ mama e relaxată și se simte confortabil ☐ sunt semne de legătură între mamă și copil	☐ mama nu are aspect sănătos sau e deprimată ☐ mama e tensionată și nu se simte confortabil ☐ mama și copilul nu se uită unul la celălalt
Copil	Copil
☐ copilul are aspect sănătos ☐ copilul este calm și relaxat ☐ copilul caută sau atinge sânul când este flămând	☐ copilul e somnolent sau arată bolnav ☐ copilul este neliniștit și plânge ☐ copilul nu caută sau nu atinge sânul
Sâni	Sâni
☐ sâni au aspect sănătos ☐ nu există durere sau disconfort ☐ sâni sunt bine susținuți cu degetele, la distanță de mamelon ☐ mamelonul este format înafară și e protractil	☐ sâni au aspect roșiatic, sunt umflați sau iritați ☐ sânul sau mamelonul sunt dureroși ☐ sâni sunt susținuți cu degetele la nivelul areolei ☐ mamelonul este plat, nu este protractil
Poziția copilului	Poziția copilului
☐ capul și corpul copilului sunt aliniate ☐ copilul e ținut aproape de corpul mamei ☐ tot corpul copilului e susținut ☐ copilul se apropie de sân cu nasul, în dreptul mamelonului	☐ capul și gâtul copilului sunt strâmbe la supt ☐ copilul e ținut la distanță de corpul mamei ☐ doar capul și corpul copilului sunt susținute ☐ copilul se apropie de sân cu buza inferioară sau obrazul în dreptul mamelonului
Atașamentul copilului la sân	Atașamentul copilului la sân
☐ o parte mai mare a areolei se vede deasupra buzei superioare a copilului ☐ gura copilului este larg deschisă ☐ buza inferioară a copilului este răsfrântă înafară ☐ obrazul copilului atinge sânul	☐ o parte mai mare a areolei se vede sub buza inferioară a copilului ☐ gura copilului nu este larg deschisă ☐ buzele copilului sunt țuguiate sau răsfrânge în interior ☐ obrazul copilului nu atinge sânul
Supt	Supt
☐ încet, adânc, cu pauze ☐ obrații sunt rotunjiți atunci când sughe ☐ copilul lasă sânul atunci când termină ☐ mama prezintă semne de reflexe oxitocinice*	☐ copilul sughe cu înghițituri mici, rapide ☐ obrații copilului se adâncesc atunci când sughe ☐ mama nu mai ține copilul la sân ☐ mama nu prezintă semne de reflexe oxitocinice*

* **reflex oxitocinic** – prezent mai ales în primele zile după naștere, manifestat prin contracția dureroasă a mușchiului uterin, determinând eliminarea bruscă a unei cantități de sânge prin vagin, în timp ce mama alăptează copilul

Anexa 2

Scala Edinburgh de Depresie Postpartum

Nume: _____ Adresa: _____

Data nașterii a Dvs: _____

Data nașterii a copilului Dvs: _____ Telefon: _____

Deoarece sunteți însărcinată sau ați născut recent un copil, noi am vrea să știm cum vă simțiți acum. Vă rugăm **SĂ NOTĂȚI** ☒ răspunsul cel mai potrivit cu starea Dvs **DIN ULTIMELE 7 ZILE** – nu numai cum vă simțiți astăzi. Acesta este un test screening; nu este diagnostic medical.

Aici aveți un model de răspuns, deja completat.

Am căutat să mă bucur de toate.

- ☐ Tot atât de mult ca și altădată
☒ Nu chiar așa de mult
☐ Evident mai puțin
☐ Deloc

Aceasta ar însemna: „M-am simțit fericită cea mai mare parte a timpului” săptămâna trecută.

Vă rugăm să completați după acest model toate întrebările din chestionar.

1. Am fost capabilă să râd și să văd partea hazlie a lucrurilor.

- ☐ Tot atât de mult ca și altădată
☐ Nu chiar așa de mult
☐ Evident mai puțin
☐ Deloc

2. Am căutat să mă bucur de toate.

- ☐ Tot atât de mult ca și altădată
☐ Nu chiar așa de mult
☐ Evident mai puțin
☐ Deloc

3. * M-am acuzat pe nedrept atunci, când lucrurile mergeau rău.

- ☐ Da, majoritatea timpului
☐ Da, destul de mult
☐ Nu foarte des
☐ Niciodată

4. Am fost anxioasă și îngrijorată fără motive temeinice.

- ☐ Deloc
☐ Foarte rar
☐ Da, uneori
☐ Da, foarte des

5. * Am fost înfricoșată și panicată pentru lucruri mici.

- ☐ Da, mult
☐ Da, uneori
☐ Nu, rar
☐ Nu, deloc

6. * Lucrurile m-au depășit.

- ☐ Da, majoritatea timpului nu am fost capabilă să depășesc problemele
☐ Da, uneori nu m-am descurcat așa de bine ca înainte
☐ Nu, majoritatea timpului m-am descurcat destul de bine
☐ Nu, am fost capabilă să depășesc problemele

7. * Am fost așa de nefericită, că am avut probleme să dorm.

- ☐ Da, majoritatea timpului
☐ Da, uneori
☐ Nu foarte des
☐ Nu, deloc

8. * M-am simțit tristă, supărată și nefericită.

- ☐ Da, majoritatea timpului
☐ Da, uneori
☐ Nu foarte des
☐ Nu, deloc

9. * Am fost așa de nefericită, că am plâns.

- ☐ Da, majoritatea timpului
☐ Da, destul de des
☐ Numai ocazional
☐ Nu, niciodată

10. * Mi s-a întâmplat să mă gândesc să-mi fac ceva rău.

- ☐ Da, destul de des
☐ Uneori
☐ Foarte rar
☐ Niciodată

Administrat/Revizuit _____ Data _____

¹ Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

SCALA EDINBURGH DE DEPRESIE POSTPARTUM²

Depresia postnatală este o complicație frecventă a sarcinii și nașterii². Scala Edinburgh de Depresie Postpartum (SEDP), alcătuită din 10 întrebări este un instrument valoros și eficient pentru a identifica femeile cu risc pentru depresie „perinatală”. SEDP este ușor de administrat și este un instrument eficient de screening, conform studiilor științifice.

Mamele care acumulează un scor mai mult de 13 au probabilitate de a suferi de episod depresiv cu diferit grad de severitate. Scorul SEDP nu substituie decizia clinică. Pentru a stabili diagnosticul este necesară o evaluare clinică detaliată.

Scala SEDP indică cum s-a simțit mama pe parcursul săptămânii precedente. În situații incerte este util de repetat chestionarea peste 2 săptămâni. Acest chestionar nu permite diagnosticarea mamelor cu anxietate, fobii sau dereglări de personalitate.

SCOR

ÎNTREBĂRILE 1, 2 și 4 (fără simbolul *)

Răspunsurile sunt evaluate cu 0, 1, 2 sau 3 puncte, prima întrebare este marcată cu 0 puncte, iar ultima – cu 3 puncte (în funcție de creșterea severității simptomului)

ÎNTREBĂRILE 3, 5, 6, 7, 8, 9 și 10 (marcate cu simbolul *)

Răspunsurile sunt evaluate invers, prima întrebare este marcată cu 3 puncte, iar ultima – cu 0 puncte.

Scorul maximal: 30 puncte

Depresie posibilă: 10 puncte sau mai mult

Întotdeauna fiți atenți la întrebarea cu numărul 10 (gânduri suicidale)

Instrucțiuni de utilizare a Scalei Edinburgh de Depresie Postpartum:

1. Respondenta este rugată să sublinieze răspunsul care este cel mai aproape de felul cum s-a simțit în ultimele 7 zile.
2. Trebuie să se răspundă la toate cele 10 întrebări.
3. Trebuie să se evite ca respondenta să discute cu alți cum să răspundă la întrebări.
4. Respondenta trebuie să răspundă ea însăși la întrebări chiar dacă are dificultăți în citirea și înțelegerea textului.

² K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199.

Anexa 3

"Standardele de creștere a copiilor de la naștere până la 5 ani

(tabele centilice OMS, simplificate pentru lucrul în comunitate)

Greutatea în funcție de vârstă: BĂIEȚI de la 0 până la 2 ani						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
0: 0	0	2,5	2,9	3,3	3,9	4,3
0: 1	1	3,4	3,9	4,5	5,1	5,7
0: 2	2	4,1	4,9	5,6	6,3	7,0
0: 3	3	5,1	5,6	6,4	7,2	7,9
0: 4	4	5,6	6,2	7,0	7,9	8,6
0: 5	5	6,1	6,7	7,5	8,4	9,2
0: 6	6	6,4	7,1	7,9	8,9	9,7
0: 7	7	6,7	7,4	8,3	9,3	10,2
0: 8	8	7,0	7,7	8,6	9,6	10,5
0: 9	9	7,2	7,9	8,9	10,0	10,9
0:10	10	7,5	8,2	9,2	10,3	11,2
0:11	11	7,7	8,4	9,4	10,5	11,5
1: 0	12	7,8	8,6	9,6	10,8	11,8
1: 1	13	8,0	8,8	9,9	11,1	12,1
1: 2	14	8,2	9,0	10,1	11,3	12,4
1: 3	15	8,4	9,2	10,3	11,6	12,7
1: 4	16	8,5	9,4	10,5	11,8	12,9
1: 5	17	8,7	9,6	10,7	12,0	13,2
1: 6	18	8,9	9,7	10,9	12,3	13,5
1: 7	19	9,0	9,9	11,1	12,5	13,7
1: 8	20	9,2	10,1	11,3	12,7	14,0
1: 9	21	9,3	10,3	11,5	13,0	14,5
1:10	22	9,5	10,5	11,8	13,2	14,5
1:11	23	9,7	10,6	12,0	13,4	14,8
2: 0	24	9,8	10,8	12,2	13,7	15,1

Greutatea în funcție de vârstă: FETE de la 0 până la 2 ani						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
0: 0	0	2,4	2,8	3,2	3,7	4,2
0: 1	1	3,2	3,6	4,2	4,8	5,4
0: 2	2	4,0	4,5	5,1	5,9	6,5
0: 3	3	4,6	5,1	5,8	6,7	7,4
0: 4	4	5,1	5,6	6,4	7,3	8,1
0: 5	5	5,5	6,1	6,9	7,8	8,7
0: 6	6	5,8	6,4	7,3	8,3	9,2
0: 7	7	6,1	6,7	7,6	8,7	9,6
0: 8	8	6,3	7,0	7,9	9,0	10,0
0: 9	9	6,6	7,3	8,2	9,3	10,4
0:10	10	6,8	7,5	8,5	9,6	10,7
0:11	11	7,0	7,7	8,7	9,9	11,0
1: 0	12	7,1	7,9	8,9	10,2	11,3
1: 1	13	7,3	8,1	9,2	10,4	11,6
1: 2	14	7,5	8,3	9,4	10,7	11,9
1: 3	15	7,7	8,5	9,6	10,9	12,2
1: 4	16	7,8	8,7	9,8	11,2	12,5
1: 5	17	8,0	8,8	10,0	11,4	12,7
1: 6	18	8,2	9,0	10,2	11,6	13,0
1: 7	19	8,3	9,2	10,4	11,9	13,3
1: 8	20	8,5	9,4	10,6	12,1	13,5
1: 9	21	8,7	9,6	10,9	12,4	13,8
1:10	22	8,8	9,8	11,1	12,6	14,1
1:11	23	9,0	9,9	11,3	12,8	14,3
2: 0	24	9,2	10,1	11,5	13,1	14,6

Lungimea/înălțimea în funcție de vârstă: BĂIEȚI de la 0 până la 2 ani						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
0: 0	0	46,3	47,9	49,9	51,8	53,4
0: 1	1	51,1	52,7	54,7	56,7	58,4
0: 2	2	54,7	56,4	58,4	60,5	62,2
0: 3	3	57,6	59,3	61,4	63,5	65,3
0: 4	4	60,0	62,7	63,9	66,0	67,8
0: 5	5	61,9	63,7	65,9	68,1	69,9
0: 6	6	63,6	65,4	67,6	69,8	71,6
0: 7	7	65,1	66,9	69,2	71,4	73,2
0: 8	8	66,5	68,3	70,6	72,9	74,7
0: 9	9	67,7	69,6	72,0	74,3	76,2
0:10	10	69,0	70,9	73,3	75,6	77,6
0:11	11	70,2	72,1	74,5	77,0	78,9
1: 0	12	71,3	73,3	75,7	78,2	80,2
1: 1	13	72,4	74,4	76,9	79,4	81,5
1: 2	14	73,4	75,5	78,0	80,6	82,7
1: 3	15	74,4	76,5	79,1	81,8	83,9
1: 4	16	75,4	77,5	80,2	82,9	85,1
1: 5	17	76,3	78,5	81,2	84,0	86,2
1: 6	18	77,2	79,5	82,3	85,1	87,3
1: 7	19	78,1	80,4	83,2	86,1	88,4
1: 8	20	78,9	81,3	84,2	87,1	89,5
1: 9	21	79,7	82,2	85,1	88,1	90,5
1:10	22	80,5	83,0	86,0	89,1	91,6
1:11	23	81,3	83,8	86,9	90,0	92,6
2: 0	24	82,1	84,6	87,8	91,0	93,6

Lungimea/înălțimea în funcție de vârstă: FETE de la 0 până la 2 ani						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
0: 0	0	45,6	47,2	49,1	51,1	51,7
0: 1	1	50,0	51,7	53,7	55,7	57,4
0: 2	2	53,2	55,0	57,1	59,2	60,9
0: 3	3	55,8	57,6	59,8	62,0	63,8
0: 4	4	58,0	59,8	62,1	64,3	66,2
0: 5	5	59,9	61,7	64,0	66,3	68,2
0: 6	6	61,5	63,4	65,7	68,1	70,0
0: 7	7	62,9	64,9	67,3	69,7	71,6
0: 8	8	64,3	66,3	68,7	71,2	73,2
0: 9	9	65,6	67,6	70,1	72,6	74,7
0:10	10	66,8	68,9	71,5	74,0	76,1
0:11	11	68,0	70,2	72,8	75,4	77,5
1: 0	12	69,2	71,3	74,0	76,7	78,9
1: 1	13	70,3	72,5	75,2	77,9	80,2
1: 2	14	71,3	73,6	76,4	79,2	81,4
1: 3	15	72,4	74,7	77,5	80,3	82,7
1: 4	16	73,3	75,7	78,6	81,5	83,9
1: 5	17	74,3	76,7	79,7	82,6	85,0
1: 6	18	75,2	77,7	80,7	83,7	86,2
1: 7	19	76,2	78,7	81,7	84,8	87,3
1: 8	20	77,0	79,6	82,7	85,8	88,4
1: 9	21	77,9	80,5	83,7	86,8	89,5
1:10	22	78,7	81,4	84,6	87,8	90,5
1:11	23	79,6	82,2	85,5	88,8	91,5
2: 0	24	80,3	83,1	86,4	89,8	92,5

Greutatea în funcție de lungime/înălțime: BĂIEȚI de la 0 până la 2 ani					
 World Health Organization					
cm	Percentile				
	3	15	Valoarea mediană	85	97
45,0	2,1	2,2	2,4	2,7	2,9
45,5	2,1	2,3	2,5	2,8	3,0
46,0	2,2	2,4	2,6	2,9	3,1
46,5	2,3	2,5	2,7	3,0	3,2
47,0	2,4	2,5	2,8	3,1	3,3
47,5	2,4	2,6	2,9	3,1	3,4
48,0	2,5	2,7	2,9	3,2	3,5
48,5	2,6	2,8	3,0	3,3	3,6
49,0	2,7	2,9	3,1	3,4	3,7
49,5	2,7	2,9	3,2	3,5	3,8
50,0	2,8	3,0	3,3	3,7	4,0
50,5	2,9	3,1	3,4	3,8	4,1
51,0	3,0	3,2	3,5	3,9	4,2
51,5	3,1	3,3	3,6	4,0	4,3
52,0	3,2	3,4	3,8	4,1	4,5
52,5	3,3	3,6	3,9	4,3	4,6
53,0	3,4	3,7	4,0	4,4	4,7
53,5	3,5	3,8	4,1	4,5	4,9
54,0	3,6	3,9	4,3	4,7	5,0
54,5	3,8	4,0	4,4	4,8	5,2
55,0	3,9	4,2	4,5	5,0	4,4
55,5	4,0	4,3	4,7	5,1	5,5
56,0	4,1	4,4	4,8	5,3	5,7
56,5	4,3	4,6	5,0	5,4	5,9
57,0	4,4	4,7	5,1	5,6	6,0
57,5	4,5	4,8	5,3	5,8	6,2
58,0	4,6	5,0	5,4	5,9	6,4
58,5	4,8	5,1	5,6	6,1	6,5
59,0	4,9	5,2	5,7	6,2	6,7
59,5	5,0	5,4	5,9	6,4	6,9
60,0	5,1	5,5	6,0	6,5	7,0
60,5	5,3	5,6	6,1	6,7	7,2
61,0	5,4	5,8	6,3	6,8	7,4
61,5	5,5	5,9	6,4	7,0	7,5
62,0	5,6	6,0	6,5	7,1	7,7
62,5	5,7	6,1	6,7	7,3	7,8
63,0	5,8	6,2	6,8	7,4	8,0
63,5	5,9	6,3	6,9	7,5	8,1
64,0	6,0	6,5	7,0	7,7	8,2
64,5	6,1	6,6	7,1	7,8	8,4
65,0	6,3	6,7	7,3	7,9	8,5
65,5	6,4	6,8	7,4	8,1	8,7
66,0	6,5	6,9	7,5	8,2	8,8
66,5	6,6	7,0	7,6	8,3	8,9
67,0	6,7	7,1	7,7	8,4	9,1
67,5	6,8	7,2	7,9	8,6	9,2
68,0	6,9	7,3	8,0	8,7	9,3
68,5	7,0	7,4	8,1	8,8	9,5

Greutatea în funcție de lungime/înălțime: FETE de la 0 până la 2 ani					
 World Health Organization					
cm	Percentile				
	3	15	Valoarea mediană	85	97
45,0	2,1	2,2	2,5	2,7	2,9
45,5	2,2	2,3	2,5	2,8	3,0
46,0	2,2	2,4	2,6	2,9	3,1
46,5	2,3	2,5	2,7	3,0	3,2
47,0	2,4	2,6	2,8	3,1	3,3
47,5	2,4	2,6	2,9	3,2	3,4
48,0	2,5	2,7	3,0	3,3	3,5
48,5	2,6	2,8	3,1	3,4	3,7
49,0	2,7	2,9	3,2	3,5	3,8
49,5	2,8	3,0	3,3	3,6	3,9
50,0	2,8	3,1	3,4	3,7	4,0
50,5	2,9	3,2	3,5	3,8	4,1
51,0	3,0	3,2	3,6	3,9	4,3
51,5	3,1	3,4	3,7	4,0	4,4
52,0	3,2	3,5	3,8	4,2	4,5
52,5	3,3	3,6	3,9	4,3	4,7
53,0	3,4	3,7	4,0	4,4	4,8
53,5	3,5	3,8	4,2	4,6	5,0
54,0	3,6	3,9	4,3	4,7	5,1
54,5	3,7	4,0	4,4	4,9	5,3
55,0	3,9	4,1	4,5	5,0	5,4
55,5	4,0	4,3	4,7	5,2	5,6
56,0	4,1	4,4	4,8	5,3	5,8
56,5	4,2	4,5	5,0	5,5	5,9
57,0	4,3	4,6	5,1	5,6	6,1
57,5	4,4	4,8	5,2	5,7	6,2
58,0	4,5	4,9	5,4	5,9	6,4
58,5	4,6	5,0	5,5	6,6	6,5
59,0	4,8	5,1	5,6	6,2	6,7
59,5	4,9	5,2	5,7	6,3	6,9
60,0	5,0	5,4	5,9	6,5	7,0
60,5	5,1	5,5	6,0	6,6	7,2
61,0	5,2	5,6	6,1	6,7	7,3
61,5	5,3	5,7	6,3	6,9	7,5
62,0	5,4	5,8	6,4	7,0	7,6
62,5	5,5	5,9	6,5	7,2	7,8
63,0	5,6	6,0	6,6	7,3	7,9
63,5	5,7	6,1	6,7	7,4	8,0
64,0	5,8	6,2	6,9	7,5	8,2
64,5	5,9	6,3	7,0	7,7	8,3
65,0	6,0	6,5	7,1	7,8	8,5
65,5	6,1	6,6	7,2	7,9	8,6
66,0	6,2	6,7	7,3	8,0	8,7
66,5	6,3	6,8	7,4	8,2	8,9
67,0	6,4	6,9	7,5	8,3	9,0
67,5	6,5	7,0	7,6	8,4	9,1
68,0	6,6	7,1	7,7	8,5	9,2
68,5	6,7	7,2	7,9	8,6	9,4

Greutatea în funcție de lungime/înălțime: BĂIEȚI de la 0 până la 2 ani					
 World Health Organization					
cm	Percentile				
	3	15	Valoarea mediană	85	97
69,0	7,1	7,5	8,2	8,9	9,6
69,5	7,1	7,6	8,3	9,1	9,7
70,0	7,2	7,7	8,4	9,2	9,9
70,5	7,3	7,8	8,5	9,3	10,0
71,0	7,4	8,0	8,6	9,4	10,1
71,5	7,5	8,1	8,8	9,6	10,3
72,0	7,6	8,2	8,9	9,7	10,4
72,5	7,7	8,3	9,0	9,8	10,5
73,0	7,8	8,4	9,1	9,9	10,7
73,5	7,9	8,4	9,2	10,0	10,8
74,0	8,0	8,5	9,3	10,1	10,9
74,5	8,1	8,6	9,4	10,3	11,0
75,0	8,2	8,7	9,5	10,4	11,2
75,5	8,2	8,8	9,6	10,5	11,3
76,0	8,3	8,9	9,7	10,6	11,4
76,5	8,4	9,0	9,8	10,7	11,5
77,0	8,5	9,1	9,9	10,8	11,6
77,5	8,6	9,2	10,0	10,9	11,7
78,0	8,7	9,3	10,1	11,0	11,8
78,5	8,7	9,3	10,2	11,1	12,0
79,0	8,8	9,4	10,3	11,2	12,1
79,5	8,9	9,5	10,4	11,3	12,2
80,0	9,0	9,6	10,4	11,4	12,3
80,5	9,1	9,7	10,5	11,5	12,4
81,0	9,1	9,8	10,6	11,6	12,5
81,5	9,2	9,9	10,7	11,7	12,6
82,0	9,3	10,0	10,8	11,8	12,7
82,5	9,4	10,1	10,9	11,9	12,8
83,0	9,5	10,1	11,0	12,0	13,0
83,5	9,6	10,3	11,2	12,2	13,1
84,0	9,7	10,4	11,3	12,3	13,2
84,5	9,8	10,5	11,4	12,4	13,3
85,0	9,9	10,6	11,5	12,5	13,5
85,5	10,0	10,7	11,6	12,7	13,6
86,0	10,1	10,8	11,7	12,8	13,7
86,5	10,2	10,9	11,9	12,9	13,9
87,0	10,3	11,0	12,0	13,1	14,0
87,5	10,4	11,2	12,1	13,2	14,2
88,0	10,6	11,3	12,2	13,3	14,3
88,5	10,7	11,4	12,4	13,5	14,4
89,0	10,8	11,5	12,5	13,6	14,6
89,5	10,9	11,6	12,6	13,7	14,7
90,0	11,0	11,7	12,7	13,8	14,9
90,5	11,1	11,8	12,8	14,0	15,0
91,0	11,2	11,9	13,0	14,1	15,1
91,5	11,3	12,0	13,1	14,2	15,3
92,0	11,4	12,2	13,2	14,4	15,4
92,5	11,5	12,3	13,3	14,5	15,5

Greutatea în funcție de lungime/înălțime: FETE de la 0 până la 2 ani					
 World Health Organization					
cm	Percentile				
	3	15	Valoarea mediană	85	97
69,0	6,7	7,3	8,0	8,8	9,5
69,5	6,8	7,3	8,1	8,9	9,6
70,0	6,9	7,4	8,2	9,0	9,7
70,5	7,0	7,5	8,3	9,1	9,9
71,0	7,1	7,6	8,4	9,2	10,0
71,5	7,2	7,7	8,5	9,3	10,1
72,0	7,3	7,8	8,6	9,4	10,2
72,5	7,4	7,9	8,7	9,5	10,3
73,0	7,4	8,0	8,8	9,6	10,4
73,5	7,5	8,1	8,9	9,7	10,6
74,0	7,6	8,2	9,0	9,9	10,7
74,5	7,7	8,3	9,1	10,0	10,8
75,0	7,8	8,3	9,1	10,1	10,9
75,5	7,8	8,4	9,2	10,2	11,0
76,0	7,9	8,5	9,3	10,3	11,1
76,5	8,0	8,6	9,4	10,4	11,2
77,0	8,1	8,7	9,5	10,5	11,3
77,5	8,2	8,8	9,6	10,6	11,4
78,0	8,2	8,9	9,7	10,7	11,5
78,5	8,3	8,9	9,8	10,8	11,7
79,0	8,4	9,0	9,9	10,9	11,8
79,5	8,5	9,1	10,0	11,0	11,9
80,0	8,6	9,2	10,1	11,1	12,0
80,5	8,7	9,3	10,2	11,2	12,1
81,0	8,8	9,4	10,3	11,3	12,2
81,5	8,8	9,5	10,4	11,4	12,4
82,0	8,9	9,6	10,5	11,6	12,5
82,5	9,0	9,7	10,6	11,7	12,6
83,0	9,1	9,8	10,7	11,8	12,8
83,5	9,2	9,9	10,9	11,9	12,9
84,0	9,3	10,0	11,0	12,1	13,1
84,5	9,4	10,1	11,1	12,2	13,2
85,0	9,5	10,2	11,2	12,3	13,3
85,5	9,6	10,4	11,3	12,5	13,5
86,0	9,8	10,5	11,5	12,6	13,6
86,5	9,9	10,6	11,6	12,7	13,8
87,0	10,0	10,7	11,7	12,9	13,9
87,5	10,1	10,8	11,8	13,0	14,1
88,0	10,2	10,9	12,0	13,2	14,2
88,5	10,3	11,0	12,1	13,3	14,4
89,0	10,4	11,2	12,2	13,4	14,5
89,5	10,5	11,3	12,3	13,6	14,7
90,0	10,6	11,4	12,5	13,7	14,8
90,5	10,7	11,5	12,6	13,8	15,0
91,0	10,8	11,6	12,7	14,0	15,1
91,5	10,9	11,7	12,8	14,1	15,3
92,0	11,0	11,8	13,0	14,2	15,4
92,5	11,1	12,0	13,1	14,4	15,6

Greutatea în funcție de lungime/înălțime: BĂIEȚI de la 0 până la 2 ani  World Health Organization					
cm	Percentile				
	3	15	Valoarea mediană	85	97
93,0	11,6	12,4	13,4	14,6	15,7
93,5	11,7	12,5	13,5	14,7	15,8
94,0	11,8	12,6	13,7	14,9	16,0
94,5	11,9	12,7	13,8	15,0	16,1
95,0	12,0	12,8	13,9	15,1	16,2
95,5	12,1	12,9	14,0	15,3	16,4
96,0	12,2	13,0	14,1	15,4	16,5
96,5	12,3	13,1	14,3	15,5	16,7
97,0	12,4	13,2	14,4	15,7	16,8
97,5	12,5	13,4	14,5	15,8	17,0
98,0	12,6	13,5	14,6	15,9	17,1
98,5	12,7	13,6	14,8	16,1	17,3
99,0	12,8	13,7	14,9	16,2	17,4
99,5	12,9	13,8	15,0	16,4	17,6
100,0	13,0	13,9	15,2	16,5	17,8
100,5	13,2	14,1	15,3	16,7	17,9
101,0	13,3	14,2	15,4	16,8	18,1
101,5	13,4	14,3	15,6	17,0	18,3
102,0	13,5	14,5	15,7	17,2	18,5
102,5	13,6	14,6	15,9	17,3	18,6
103,0	13,8	14,7	16,0	17,5	18,8
103,5	13,9	14,8	16,2	17,7	19,0
104,0	14,0	15,0	16,3	17,8	19,2
104,5	14,1	15,1	16,5	18,0	19,4
105,0	14,2	15,3	16,6	18,2	19,6
105,5	14,4	15,4	16,8	18,4	19,8
106,0	14,5	15,5	16,9	18,5	20,0
106,5	14,6	15,7	17,1	18,7	20,2
107,0	14,8	15,8	17,3	18,9	20,4
107,5	14,9	16,0	17,4	19,1	20,6
108,0	15,0	16,1	17,6	19,3	20,8
108,5	15,2	16,3	17,8	19,5	21,0
109,0	15,3	16,4	17,9	19,6	21,2
109,5	15,4	16,6	18,1	19,8	21,4
110,0	15,6	16,7	18,3	20,0	21,6

Greutatea în funcție de lungime/înălțime: FETE de la 0 până la 2 ani  World Health Organization					
cm	Percentile				
	3	15	Valoarea mediană	85	97
93,0	11,2	12,1	13,2	14,5	15,7
93,5	11,3	12,2	13,3	14,7	15,9
94,0	11,4	12,3	13,5	14,8	16,0
94,5	11,5	12,4	13,6	14,9	16,2
95,0	11,6	12,5	13,7	15,1	16,3
95,5	11,8	12,6	13,8	15,2	16,5
96,0	11,9	12,7	14,0	15,4	16,6
96,5	12,0	12,9	14,1	15,5	16,8
97,0	12,1	13,0	14,2	15,6	16,9
97,5	12,2	13,1	14,4	15,8	17,1
98,0	12,3	13,2	14,5	15,9	17,3
98,5	12,4	13,3	14,6	16,1	17,4
99,0	12,5	13,5	14,8	16,2	17,6
99,5	12,6	13,6	14,9	16,4	17,8
100,0	12,7	13,7	15,0	16,5	17,9
100,5	12,9	13,8	15,2	16,7	18,1
101,0	13,0	14,0	15,3	16,9	18,3
101,5	13,1	14,1	15,5	17,0	18,5
102,0	13,2	14,2	15,6	17,2	18,6
102,5	13,3	14,4	15,8	17,4	18,8
103,0	13,5	14,5	15,9	17,5	19,0
103,5	13,6	14,6	16,1	17,7	19,2
104,0	13,7	14,8	16,2	17,9	19,4
104,5	13,9	14,9	16,4	18,1	19,6
105,0	14,0	15,1	16,5	18,2	19,8
105,5	14,1	15,2	16,7	18,4	20,0
106,0	14,3	15,4	16,9	18,6	20,2
106,5	14,4	15,5	17,1	18,8	20,4
107,0	14,5	15,7	17,2	19,0	20,6
107,5	14,7	15,8	17,4	19,2	20,9
108,0	14,8	16,0	17,6	19,4	21,1
108,5	15,0	16,2	17,8	19,6	21,3
109,0	15,1	16,3	18,0	19,8	21,5
109,5	15,3	16,5	18,1	20,0	21,8
110,0	15,4	16,7	18,3	20,2	22,0

Circumferința craniană: BĂIEȚI de la 0 până la 2 ani						
 World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
0: 0	0	32,1	33,1	34,5	35,8	36,9
0: 1	1	35,1	36,1	37,3	38,5	39,5
0: 2	2	36,9	37,9	39,1	40,3	41,3
0: 3	3	38,3	39,3	40,5	41,7	42,7
0: 4	4	39,4	40,4	41,6	42,9	43,9
0: 5	5	40,3	41,3	42,6	43,8	44,8
0: 6	6	41,0	42,1	43,3	44,3	45,6
0: 7	7	41,7	42,7	44,0	45,3	46,3
0: 8	8	42,2	43,2	44,5	45,8	46,9
0: 9	9	42,6	43,7	45,0	46,3	47,4
0:10	10	43,0	44,1	45,4	46,7	47,8
0:11	11	43,4	44,4	45,8	47,1	48,2
1: 0	12	43,6	44,7	46,1	47,4	48,5
1: 1	13	43,9	45,0	46,3	47,7	48,8
1: 2	14	44,1	45,2	46,6	47,9	49,0
1: 3	15	44,3	45,5	46,8	48,2	49,3
1: 4	16	44,5	45,6	47,0	48,4	49,5
1: 5	17	44,7	45,8	47,2	48,6	49,7
1: 6	18	44,9	46,0	47,4	48,7	49,9
1: 7	19	45,0	46,2	47,5	48,9	50,0
1: 8	20	45,2	46,3	47,7	49,1	50,2
1: 9	21	45,3	46,4	47,8	49,2	50,4
1:10	22	45,4	46,6	48,0	49,4	50,5
1:11	23	45,6	46,7	48,1	49,5	50,7
2: 0	24	45,7	46,8	48,3	49,7	50,8

Circumferința craniană: FETE de la 0 până la 2 ani						
 World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
0: 0	0	31,7	32,7	33,9	35,1	36,7
0: 1	1	34,3	35,3	36,5	37,8	38,8
0: 2	2	36,0	37,0	38,3	39,5	40,5
0: 3	3	37,2	38,2	39,5	40,8	41,9
0: 4	4	38,2	39,3	40,6	41,9	43,0
0: 5	5	39,0	40,1	41,5	42,8	43,0
0: 6	6	39,7	40,8	42,2	43,5	44,6
0: 7	7	40,4	41,5	42,8	44,2	45,3
0: 8	8	40,9	42,0	43,4	44,7	45,9
0: 9	9	41,3	42,4	43,8	45,2	46,3
0:10	10	41,7	42,8	44,2	45,6	46,8
0:11	11	42,0	43,2	44,6	46,0	47,1
1: 0	12	42,3	43,5	44,9	46,3	47,5
1: 1	13	42,6	43,8	45,2	46,6	47,7
1: 2	14	42,9	44,0	45,4	46,8	48,0
1: 3	15	43,1	44,2	45,7	47,1	48,2
1: 4	16	43,3	44,4	45,9	47,3	48,5
1: 5	17	43,5	44,6	46,1	47,5	48,7
1: 6	18	43,6	44,8	46,2	47,7	48,8
1: 7	19	43,8	45,0	46,4	47,8	49,0
1: 8	20	44,0	45,1	46,6	48,0	49,2
1: 9	21	44,1	45,3	46,7	48,2	49,4
1:10	22	44,3	45,4	46,9	48,3	49,5
1:11	23	44,4	45,6	47,0	48,5	49,7
2: 0	24	44,6	45,7	47,2	48,6	49,8

Greutatea în funcție de vârstă: BĂIEȚI de la 2 până la 5 ani  World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
2: 0	24	9,8	10,8	12,2	13,7	15,1
2: 1	25	10,0	11,0	12,4	13,9	15,3
2: 2	26	10,1	11,1	12,5	14,1	15,6
2: 3	27	10,2	11,3	12,7	14,4	15,9
2: 4	28	10,4	11,5	12,9	14,6	16,1
2: 5	29	10,5	11,6	13,1	14,8	16,4
2: 6	30	10,7	11,8	13,3	15,0	16,6
2: 7	31	10,8	11,9	13,5	15,2	16,9
2: 8	32	10,9	12,1	13,7	15,5	17,1
2: 9	33	11,1	12,2	13,8	15,7	17,3
2:10	34	11,2	12,4	14,0	15,9	17,6
2:11	35	11,3	12,5	14,2	16,1	17,8
3: 0	36	11,4	12,7	14,3	16,3	18,0
3: 1	37	11,6	12,8	14,5	16,4	18,3
3: 2	38	11,7	12,9	14,7	16,7	18,5
3: 3	39	11,8	13,1	14,8	16,9	18,7
3: 4	40	11,9	13,2	15,0	17,1	19,0
3: 5	41	12,1	13,4	15,2	17,3	19,2
3: 6	42	12,2	13,5	15,3	17,5	19,4
3: 7	43	12,3	13,6	15,5	17,7	19,7
3: 8	44	12,4	13,8	15,7	17,9	19,9
3: 9	45	12,5	13,9	15,8	18,1	20,1
3:10	46	12,7	14,1	16,0	18,3	20,4
3:11	47	12,8	14,2	16,2	18,5	20,6
4: 0	48	12,9	14,3	16,3	18,7	20,9
4: 1	49	13,0	14,5	16,5	18,9	21,1
4: 2	50	13,1	14,6	16,7	19,1	21,3
4: 3	51	13,3	14,7	16,8	19,3	21,6
4: 4	52	13,4	14,9	17,0	19,5	21,8
4: 5	53	13,5	15,0	17,2	19,7	22,1
4: 6	54	13,6	15,2	17,3	19,9	22,3
4: 7	55	13,7	15,3	17,5	20,1	22,5
4: 8	56	13,8	15,4	17,7	20,3	22,8
4: 9	57	13,9	15,6	17,8	20,5	23,0
4:10	58	14,1	15,7	18,0	20,7	23,3
4:11	59	14,2	15,8	18,2	20,9	23,5
5: 0	60	14,3	16,0	18,3	21,1	23,8

Greutatea în funcție de vârstă: FETE de la 2 până la 5 ani  World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
2: 0	24	9,2	10,1	11,5	13,1	14,6
2: 1	25	9,3	10,3	11,7	13,3	14,9
2: 2	26	9,5	10,5	11,9	13,6	15,2
2: 3	27	9,6	10,7	12,1	13,8	15,4
2: 4	28	9,8	10,8	12,3	14,0	15,7
2: 5	29	10,0	11,0	12,5	14,3	16,0
2: 6	30	10,1	11,2	12,7	14,5	16,2
2: 7	31	10,3	11,3	12,9	14,7	16,5
2: 8	32	10,4	11,5	13,1	15,0	16,8
2: 9	33	10,5	11,7	13,3	15,2	17,0
2:10	34	10,7	11,8	13,5	15,4	17,3
2:11	35	10,8	12,0	13,7	15,7	17,6
3: 0	36	11,0	12,1	13,9	15,9	17,8
3: 1	37	11,1	12,3	14,0	16,1	18,1
3: 2	38	11,2	12,5	14,2	16,3	18,4
3: 3	39	11,4	12,6	14,4	16,6	18,6
3: 4	40	11,5	12,8	14,6	16,8	18,9
3: 5	41	11,6	12,9	14,8	17,0	19,2
3: 6	42	11,8	13,1	15,0	17,3	19,5
3: 7	43	11,9	13,2	15,2	17,5	19,7
3: 8	44	12,0	13,4	15,3	17,7	20,0
3: 9	45	12,1	13,5	15,5	17,9	20,3
3:10	46	12,3	13,7	15,7	18,2	20,6
3:11	47	12,4	13,8	15,9	18,4	20,8
4: 0	48	12,5	14,0	16,1	18,6	21,1
4: 1	49	12,6	14,1	16,3	18,9	21,4
4: 2	50	12,8	14,3	16,4	19,1	21,7
4: 3	51	12,9	14,4	16,6	19,3	22,0
4: 4	52	13,0	14,5	16,8	19,5	22,2
4: 5	53	13,1	14,7	17,0	19,8	22,5
4: 6	54	13,2	14,8	17,2	20,0	22,8
4: 7	55	13,4	15,0	17,3	20,2	23,1
4: 8	56	13,5	15,1	17,5	20,4	23,3
4: 9	57	13,6	15,3	17,7	20,7	23,6
4:10	58	13,7	15,4	17,9	20,9	23,9
4:11	59	13,8	15,5	18,0	21,1	24,2
5: 0	60	14,0	15,7	18,2	21,3	24,4

Înălțimea în funcție de vârstă: BĂIEȚI de la 2 până la 5 ani  World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
2: 0	24	81,4	83,9	87,1	90,3	92,9
2: 1	25	82,1	84,7	88,0	91,2	93,8
2: 2	26	82,8	85,5	88,8	92,1	94,8
2: 3	27	83,5	86,3	89,6	93,0	95,7
2: 4	28	84,2	87,0	90,4	93,8	96,6
2: 5	29	84,9	87,7	91,2	94,7	97,5
2: 6	30	85,5	88,4	91,9	95,5	98,3
2: 7	31	86,2	89,1	92,7	96,2	99,2
2: 8	32	86,8	89,7	93,4	97,0	100,0
2: 9	33	87,4	90,4	94,1	97,8	100,8
2:10	34	88,0	91,0	94,8	98,5	101,5
2:11	35	88,5	91,6	95,4	99,2	102,3
3: 0	36	89,1	92,2	96,1	99,9	103,1
3: 1	37	89,7	92,8	96,7	100,6	103,8
3: 2	38	90,2	93,4	97,4	101,3	104,5
3: 3	39	90,8	94,0	98,0	102,0	105,2
3: 4	40	91,3	94,6	98,6	102,7	105,9
3: 5	41	91,9	95,2	99,2	103,3	106,6
3: 6	42	92,4	95,7	99,9	104,0	107,3
3: 7	43	92,9	96,3	100,4	104,6	108,0
3: 8	44	93,4	96,8	101,0	105,2	108,6
3: 9	45	93,9	97,4	101,6	105,8	109,3
3:10	46	94,4	97,9	102,2	106,5	109,9
3:11	47	94,9	98,5	102,8	107,1	110,6
4: 0	48	95,4	99,0	103,3	107,7	111,2
4: 1	49	95,9	99,5	103,9	108,3	111,8
4: 2	50	96,4	100,0	104,4	108,9	112,5
4: 3	51	96,9	100,5	105,0	109,5	113,1
4: 4	52	97,4	101,1	105,6	110,1	113,7
4: 5	53	97,9	101,6	106,1	110,7	114,3
4: 6	54	98,4	102,1	106,7	111,2	115,0
4: 7	55	98,8	102,6	107,2	111,8	115,6
4: 8	56	99,3	103,1	107,8	112,4	116,2
4: 9	57	99,8	103,6	108,3	113,0	116,8
4:10	58	100,3	104,1	108,9	113,6	117,4
4:11	59	100,8	104,7	109,4	114,2	118,1
5: 0	60	101,2	105,2	110,0	114,8	118,7

Înălțimea în funcție de vârstă: FETE de la 2 până la 5 ani  World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
2: 0	24	79,6	82,4	85,7	89,1	91,8
2: 1	25	80,4	83,2	86,6	90,0	92,8
2: 2	26	81,2	84,0	87,4	90,9	93,7
2: 3	27	81,9	84,8	88,3	91,8	94,6
2: 4	28	82,6	85,5	89,1	92,7	95,6
2: 5	29	83,4	86,3	89,9	93,5	96,4
2: 6	30	84,0	87,0	90,7	94,3	97,3
2: 7	31	84,7	87,7	91,4	95,2	98,2
2: 8	32	85,4	88,4	92,2	95,9	99,0
2: 9	33	86,0	89,1	92,9	96,7	99,8
2:10	34	86,7	89,8	93,6	97,5	100,6
2:11	35	87,3	90,5	94,4	98,3	101,4
3: 0	36	87,9	91,1	95,1	99,0	102,2
3: 1	37	88,5	91,7	95,7	99,7	103,0
3: 2	38	89,1	92,4	96,4	100,5	103,7
3: 3	39	89,7	93,0	97,1	101,2	104,5
3: 4	40	90,3	93,6	97,7	101,9	105,2
3: 5	41	90,8	94,2	98,4	102,6	106,0
3: 6	42	91,4	94,8	99,0	103,3	106,7
3: 7	43	92,5	95,4	99,7	103,9	107,4
3: 8	44	92,5	96,0	100,3	104,6	108,1
3: 9	45	93,0	96,6	100,9	105,3	108,8
3:10	46	93,6	97,2	101,5	105,9	109,5
3:11	47	94,1	97,7	102,1	106,6	110,2
4: 0	48	94,6	98,3	102,7	107,2	110,8
4: 1	49	95,1	98,8	103,3	107,8	111,5
4: 2	50	95,7	99,4	103,9	108,4	112,1
4: 3	51	96,2	99,9	104,5	109,1	112,8
4: 4	52	96,7	100,4	105,0	109,7	113,4
4: 5	53	97,2	101,0	105,6	110,3	114,1
4: 6	54	97,6	101,5	106,2	110,9	114,7
4: 7	55	98,1	102,0	106,7	111,5	115,3
4: 8	56	98,6	102,5	107,3	112,1	116,0
4: 9	57	99,1	102,0	107,8	112,6	116,6
4:10	58	99,6	103,5	108,4	113,2	117,2
4:11	59	100,0	104,0	108,9	113,8	117,8
5: 0	60	100,5	104,5	109,4	114,4	118,4

Indicele Masei Corporale (IMC) în funcție de vârstă

IMC în funcție de vârstă: BĂIEȚI de la 2 până la 5 ani		 World Health Organization					
Vârsta		Percentile					
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97	
2: 0	24	13,9	14,8	16,0	17,4	18,7	
2: 1	25	13,9	14,8	16,0	17,4	18,6	
2: 2	26	13,8	14,7	15,9	17,3	18,6	
2: 3	27	13,8	14,7	15,9	17,3	18,5	
2: 4	28	13,8	14,7	15,9	17,2	18,5	
2: 5	29	13,7	14,6	15,8	17,2	18,5	
2: 6	30	13,7	14,6	15,8	17,2	18,4	
2: 7	31	13,7	14,5	15,8	17,1	18,4	
2: 8	32	13,6	14,5	15,7	17,1	18,3	
2: 9	33	13,6	14,5	15,7	17,0	18,3	
2:10	34	13,5	14,4	15,7	17,0	18,2	
2:11	35	13,5	14,4	15,6	17,0	18,2	
3: 0	36	13,5	14,4	15,6	17,0	18,2	
3: 1	37	13,5	14,4	15,6	16,9	18,1	
3: 2	38	13,4	14,3	15,5	16,9	18,1	
3: 3	39	13,4	14,3	15,5	16,9	18,1	
3: 4	40	13,4	14,3	15,5	16,8	18,1	
3: 5	41	13,3	14,2	15,5	16,8	18,0	
3: 6	42	13,3	14,2	15,4	16,8	18,0	
3: 7	43	13,3	14,2	15,4	16,8	18,0	
3: 8	44	13,3	14,2	15,4	16,8	18,0	
3: 9	45	13,2	14,1	15,4	16,8	18,0	
3:10	46	13,2	14,1	15,4	16,7	18,0	
3:11	47	13,2	14,1	15,3	16,7	18,0	
4: 0	48	13,2	14,1	15,3	16,7	18,0	
4: 1	49	13,2	14,1	15,3	16,7	18,0	
4: 2	50	13,2	14,1	15,3	16,7	18,0	
4: 3	51	13,1	14,0	15,3	16,7	18,0	
4: 4	52	13,1	14,0	15,3	16,7	18,0	
4: 5	53	13,1	14,0	15,3	16,7	18,0	
4: 6	54	13,1	14,0	15,3	16,7	18,0	
4: 7	55	13,1	14,0	15,2	16,7	18,0	
4: 8	56	13,1	14,0	15,2	16,7	18,0	
4: 9	57	13,0	14,0	15,2	16,7	18,0	
4:10	58	13,0	13,9	15,2	16,7	18,0	
4:11	59	13,0	13,9	15,2	16,7	18,1	
5: 0	60	13,0	13,9	15,2	16,7	18,1	

IMC în funcție de vârstă: FETE de la 2 până la 5 ani		 World Health Organization					
Vârsta		Percentile					
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97	
2: 0	24	13,5	14,4	15,7	17,2	18,5	
2: 1	25	13,4	14,4	15,7	17,1	18,5	
2: 2	26	13,4	14,4	15,6	17,1	18,5	
2: 3	27	13,4	14,3	15,6	17,1	18,4	
2: 4	28	13,4	14,3	15,6	17,0	18,4	
2: 5	29	13,4	14,3	15,6	17,0	18,4	
2: 6	30	13,3	14,3	15,5	17,0	18,3	
2: 7	31	13,3	14,2	15,5	17,0	18,3	
2: 8	32	13,3	14,2	15,5	16,9	18,3	
2: 9	33	13,3	14,2	15,5	16,9	18,3	
2:10	34	13,2	14,2	15,4	16,9	18,2	
2:11	35	13,2	14,1	15,4	16,9	18,2	
3: 0	36	13,2	14,1	15,4	16,9	18,2	
3: 1	37	13,2	14,1	15,4	16,8	18,2	
3: 2	38	13,2	14,1	15,4	16,8	18,2	
3: 3	39	13,1	14,1	15,3	16,8	18,2	
3: 4	40	13,1	14,0	15,3	16,8	18,2	
3: 5	41	13,1	14,0	15,3	16,8	18,2	
3: 6	42	13,1	14,0	15,3	16,8	18,2	
3: 7	43	13,0	14,0	15,3	16,8	18,2	
3: 8	44	13,0	14,0	15,3	16,8	18,2	
3: 9	45	13,0	14,0	15,3	16,8	18,3	
3:10	46	13,0	13,9	15,3	16,8	18,3	
3:11	47	13,0	13,9	15,3	16,8	18,3	
4: 0	48	12,9	13,9	15,3	16,8	18,3	
4: 1	49	12,9	13,9	15,3	16,8	18,3	
4: 2	50	12,9	13,9	15,3	16,8	18,3	
4: 3	51	12,9	13,9	15,3	16,8	18,4	
4: 4	52	12,9	13,9	15,2	16,9	18,4	
4: 5	53	12,9	13,9	15,3	16,9	18,4	
4: 6	54	12,9	13,9	15,3	16,9	18,4	
4: 7	55	12,9	13,9	15,3	16,9	18,4	
4: 8	56	12,8	13,8	15,3	16,9	18,5	
4: 9	57	12,8	13,8	15,3	16,9	18,5	
4:10	58	12,8	13,8	15,3	16,9	18,5	
4:11	59	12,8	13,8	15,3	16,9	18,5	
5: 0	60	12,8	13,8	15,3	17,0	18,6	

Circumferința craniană: BĂIEȚI de la 2 până la 5 ani						
 World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
2: 0	24	45,7	46,8	48,3	49,7	50,8
2: 1	25	45,8	47,0	48,4	49,8	50,9
2: 2	26	45,9	47,1	48,5	49,9	51,1
2: 3	27	46,0	47,2	48,6	50,0	51,2
2: 4	28	46,1	47,3	48,7	50,2	51,3
2: 5	29	46,2	47,4	48,8	50,3	51,4
2: 6	30	46,3	47,5	48,9	50,4	51,6
2: 7	31	46,4	47,6	49,0	50,5	51,7
2: 8	32	46,5	47,7	49,1	50,6	51,8
2: 9	33	46,6	47,8	49,2	50,7	51,9
2:10	34	46,6	47,8	49,3	50,8	52,0
2:11	35	46,7	47,9	49,4	50,8	52,0
3: 0	36	46,8	48,0	49,5	50,9	52,1
3: 1	37	46,9	48,1	49,5	51,0	52,2
3: 2	38	46,9	48,1	49,6	51,1	52,3
3: 3	39	47,0	48,2	49,7	51,2	52,4
3: 4	40	47,0	48,3	49,7	51,2	52,4
3: 5	41	47,1	48,3	49,8	51,3	52,5
3: 6	42	47,2	48,4	49,9	51,4	52,6
3: 7	43	47,2	48,4	49,9	51,4	52,7
3: 8	44	47,3	48,5	50,0	51,5	52,7
3: 9	45	47,3	48,5	50,1	51,6	52,8
3:10	46	47,4	48,6	50,1	51,6	52,8
3:11	47	47,4	48,6	50,2	51,7	52,9
4: 0	48	47,5	48,7	50,2	51,7	53,0
4: 1	49	47,5	48,7	50,3	51,8	53,0
4: 2	50	47,5	48,8	50,3	51,8	53,1
4: 3	51	47,6	48,8	50,4	51,9	53,1
4: 4	52	47,6	48,9	50,4	51,9	53,2
4: 5	53	47,7	48,9	50,4	52,0	53,2
4: 6	54	47,7	49,0	50,5	52,0	53,3
4: 7	55	47,7	49,0	50,5	52,1	53,3
4: 8	56	47,8	49,0	50,6	52,1	53,4
4: 9	57	47,8	49,1	50,6	52,2	53,4
4:10	58	47,9	49,1	50,7	52,2	53,5
4:11	59	47,9	49,2	50,7	52,2	53,5
5: 0	60	47,9	49,2	50,7	52,2	53,5

Circumferința craniană: FETE de la 2 până la 5 ani						
 World Health Organization						
Vârsta		Percentile				
Ani:Luni	Luni	3	15	Valoarea mediană	85	97
2: 0	24	44,6	45,7	47,2	48,6	49,8
2: 1	25	44,7	45,9	47,3	48,8	49,9
2: 2	26	44,8	46,0	47,5	48,9	50,1
2: 3	27	44,9	46,1	47,6	49,0	50,2
2: 4	28	45,1	46,3	47,7	49,2	50,3
2: 5	29	45,2	46,4	47,8	49,3	50,5
2: 6	30	45,3	46,5	47,9	49,4	50,6
2: 7	31	45,4	46,6	48,0	49,5	50,7
2: 8	32	45,5	46,7	48,1	49,6	50,8
2: 9	33	45,6	46,8	48,2	49,7	50,9
2:10	34	45,7	46,9	48,3	49,8	51,0
2:11	35	45,8	47,0	48,4	49,9	51,1
3: 0	36	45,9	47,0	48,5	50,0	51,2
3: 1	37	45,9	47,1	48,6	50,1	51,3
3: 2	38	46,0	47,2	48,7	50,1	51,3
3: 3	39	46,1	47,3	48,7	50,2	51,4
3: 4	40	46,2	47,4	48,8	50,3	51,5
3: 5	41	46,2	47,4	48,9	50,4	51,6
3: 6	42	46,3	47,5	49,0	50,4	51,6
3: 7	43	46,4	47,6	49,0	50,5	51,7
3: 8	44	46,4	47,6	49,1	50,6	51,8
3: 9	45	46,5	47,7	49,2	50,6	51,8
3:10	46	46,5	47,7	49,2	50,7	51,9
3:11	47	46,6	47,8	49,3	50,7	51,9
4: 0	48	46,7	47,9	49,3	50,8	52,0
4: 1	49	46,7	47,9	49,4	50,9	52,1
4: 2	50	46,8	48,0	49,4	50,9	52,1
4: 3	51	46,8	48,0	49,5	51,0	52,2
4: 4	52	46,9	48,1	49,5	51,0	52,2
4: 5	53	46,9	48,1	49,6	51,1	52,3
4: 6	54	47,0	48,2	49,6	51,1	52,3
4: 7	55	47,0	48,2	49,7	51,2	52,4
4: 8	56	47,1	48,3	49,7	51,2	52,4
4: 9	57	47,1	48,3	49,8	51,3	52,5
4:10	58	47,2	48,4	49,8	51,3	52,5
4:11	59	47,2	48,4	49,9	51,4	52,6
5: 0	60	47,2	48,4	49,9	51,4	52,6

Anexa 4

Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului

Anexă la Ordinul cu privire
la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect
de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului
nr. 153/1043/1042/293 din 8 octombrie 2014

FIȘA DE SESIZARE

A CAZULUI SUSPECT DE VIOLENȚĂ, NEGLIJARE, EXPLOATARE ȘI TRAFIC AL COPILULUI NR. ____

NOTĂ! Rubricile din fișa de sesizare se completează în funcție de informația primară deținută de către expeditor. În cazul în care expeditorul nu deține date pentru completarea tuturor rubricilor din fișa de sesizare, acestea nu se completează.

1. EXPEDITOR	2. DATA ȘI ORA RECEPȚIONĂRII INFORMAȚIEI PRIVIND CAZUL SUSPECT
Nume, Prenume	Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____
Instituția/autoritatea:	3. DATA ȘI ORA EXPEDIERII FIȘEI DE SESIZARE
Funcția expeditorului:	Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____
Date de contact:	4. DESTINATAR
	Autoritatea tutelară locală ____
	(Adresa, datele de contact)

5. INSTITUȚIILE/AUTORITĂȚILE CARE AU FOST INFORMATE SUPLIMENTAR	
☐ Inspectoratul de poliție	ADRESA, DATELE DE CONTACT
☐ Procuratura raionului	
☐ Direcția asistență socială și protecție a familiei	
☐ Serviciul de asistență medicală de urgență	
☐ Inspectoratul de stat al muncii	

6. DATE DESPRE PERSOANA CARE A SESIZAT CAZUL	
Persoana a dorit să-și păstreze anonimul:	☐ Da (trece la p.6.2) ☐ Nu (trece la p.6.1)
6.1 Nume, Prenume	6.2 Tipul relației cu copilul:
Adresa, telefon de contact:	☐ Rudă;
	☐ Persoană terță (adult);
	☐ Persoană terță (copil);

7. DATE DESPRE SUSPECTA VICTIMĂ (se completează pentru un singur copil)		
Nume, Prenume	Sexul F ☐ M ☐	Vârsta ____ luni, ani
Adresa, telefon de contact:		
Locul aflării copilului la momentul expedierii sesizării:		

8. DATE DESPRE PĂRINȚI/ALTE PERSOANE ÎN GRIJA CĂRORA SE AFLĂ COPILUL		
☐ Mama	☐ Tata	☐ Tutore/curator
☐ Rudă (care nu este tutore/curator)	☐ Persoană terță	☐ Personalul serviciului social de plasament temporar
Nume, Prenume	Adresa, telefon de contact:	
Nume, Prenume	Adresa, telefon de contact:	

9. DATE DESPRE CAZUL SUSPECT			
Data, timpul producerii cazului: Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Ora ____		Locul producerii cazului:	
9.1 SCURTĂ DESCRIERE A CAZULUI:			
9.2 INDICATORII FIZICI ȘI PSIHO-COMPORTAMENTALI CONSTATAȚI VIZUAL/SAU DECLARAȚI REFERITOR LA COPIL			
☐ Fracturi ☐ Arsuri ☐ Tăieturi ☐ Hematoame ☐ Vinătăi ☐ Mușcături ☐ Zgîrieturi ☐ Dureri de cap	☐ Leziuni ale organelor genitale/anusului ☐ Sarcină ☐ Boli sexual transmisibile ☐ Comportament sexualizat	☐ Consum de alcool/droguri ☐ TBC ☐ Expunerea premediată la infectarea cu TBC ☐ Abandon școlar ☐ Lipsa/insuficiența alimentației ☐ Copii lăsați fără supraveghere ☐ Vagabondaj ☐ Cerșit ☐ Exploatare prin muncă ☐ Subdezvoltare fizică ☐ Scabie ☐ Pediculoza ☐ Vestimentație necorespunzătoare anotimpului ☐ Vestimentație murdară ☐ Lipsa igienei corporale ☐ Condiții de locuit insalubre	☐ Tendințe suicidale ☐ Depresie ☐ Fuga de acasă ☐ Scăderea reușitei școlare ☐ Frica de adulți ☐ Agresivitate ☐ Nervozitate ☐ Alți indicatori
9.3 TIPUL CAZULUI SUSPECT			
Violență ☐ Fizică ☐ Economică ☐ Sexuală ☐ Psihologică ☐ Spirituală	Neglijare ☐ Alimentară ☐ Educațională ☐ Vestimentară ☐ Emoțională ☐ A igienei ☐ În supraveghere ☐ Medicală	Exploatare ☐ Exploatare prin muncă ☐ Practicarea cerșitului ☐ Practicarea prostituției	Trafic ☐ Exploatare prin muncă ☐ Exploatarea sexuală ☐ Trafic de organe
10. DATE DESPRE SUSPECTUL ABUZATOR/ABUZATORI			
Nume, Prenume Adresa, telefon de contact:		Relația cu suspecta victimă: ☐ Părinte ☐ Rudă ☐ Persoană terță adultă din comunitate Personal al: ☐ Instituției de învățământ ☐ Serviciului social ☐ Instituției medicale Copil din: ☐ Comunitate ☐ Serviciu social ☐ Instituției de învățământ ☐ Instituției medicală	
Nume, Prenume Adresa, telefon de contact:		Relația cu suspecta victimă: ☐ Părinte ☐ Rudă ☐ Persoană terță adultă din comunitate Personal al: ☐ Instituției de învățământ ☐ Serviciului social ☐ Instituției medicale Copil din: ☐ Comunitate ☐ Serviciu social ☐ Instituției de învățământ ☐ Instituției medicală	
10.1 ACCES LA COPIL ȘI NIVELUL DE RISC PENTRU VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA COPILULUI			
☐ Are acces și există risc ☐ Nu are acces		☐ Are acces și există risc ☐ Nu are acces	
Semnătura expeditorului _____		Numele specialistului care a recepționat fișa de sesizare _____ Nr. și data înregistrării în registrul de evidență a copiilor în situație de risc Ziua ____ / luna ____ / anul ____ Numărul ____	

Anexa 5

Intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului



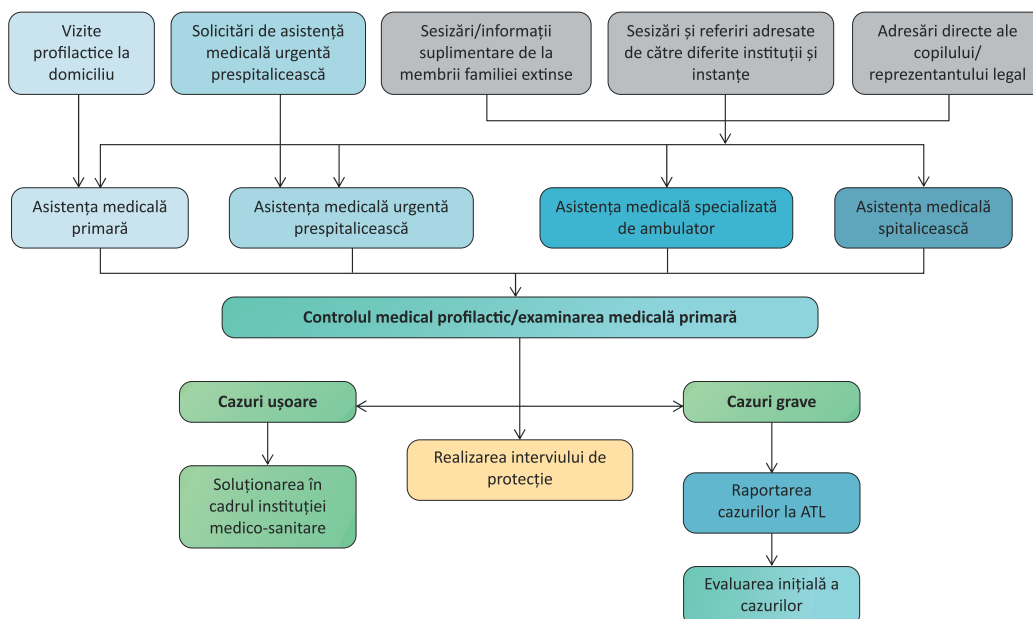
Intervenția instituțiilor medicale în identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea cazurilor de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului

PREZENTARE GRAFICĂ

Hotărâre de Guvern
nr. 270 din 08.04.2014
Ordinul Ministerului Sănătății
nr. 445 din 09.06.2015

1

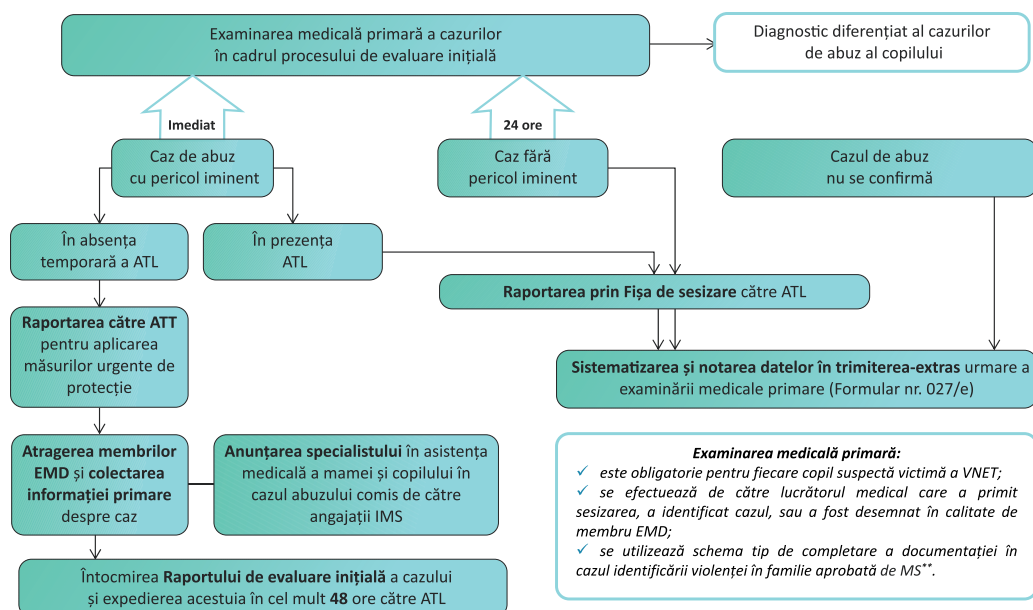
Identificarea cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!

2

Evaluarea inițială a cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului

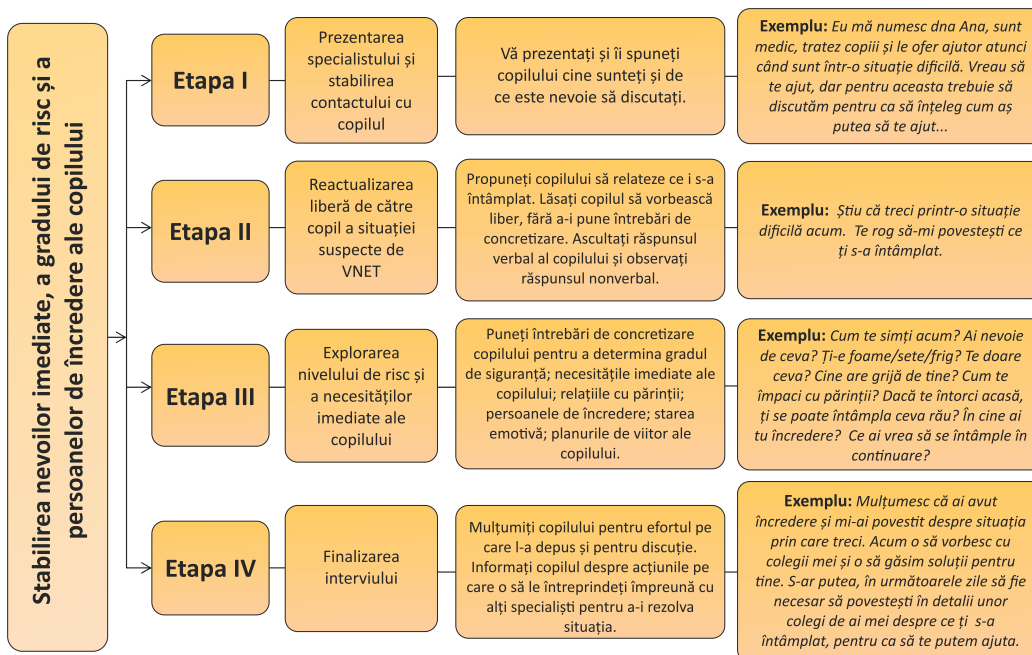


*Ordinul MS nr. 961 din 26.09.2014 cu privire la aprobarea fișei de post-cadru a specialistului principal în asistență medicală a mamei și copilului

**Ordinul MS nr. 155 din 24.02.2012 cu privire la aprobarea instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie

3

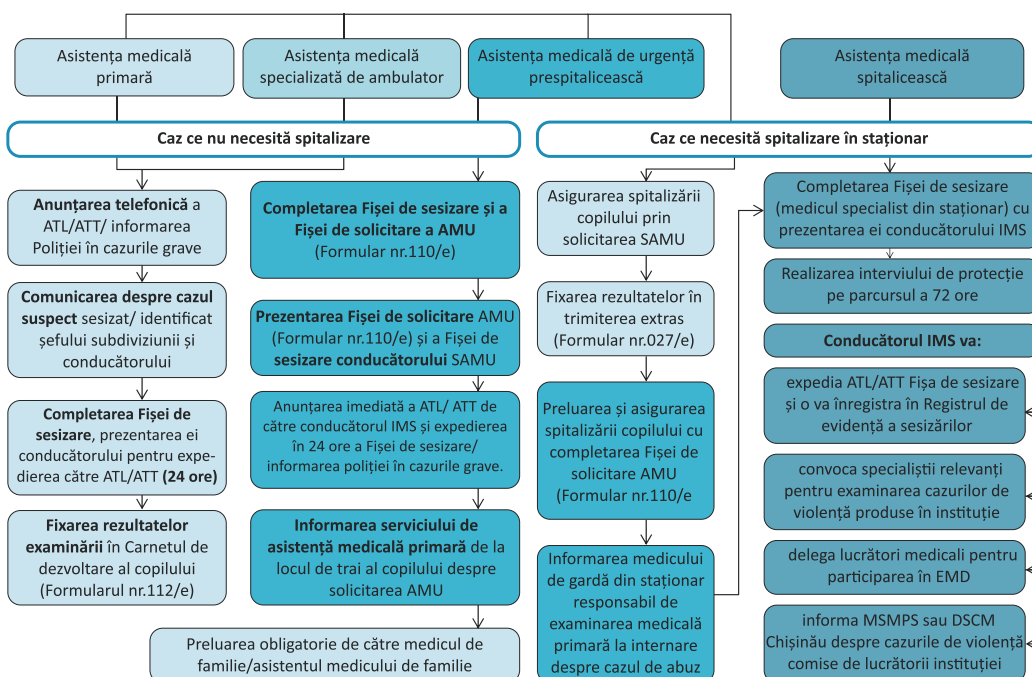
Interviul de protecție – prima discuție cu copilul suspectă victimă a violenței, neglijării, exploatării și traficului



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!

4

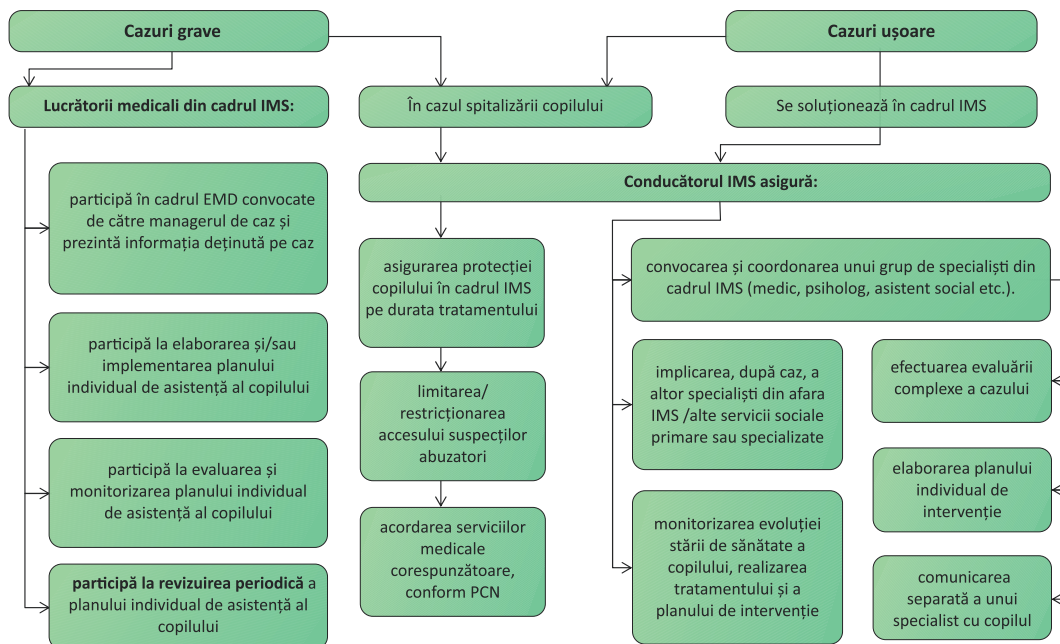
Raportarea cazurilor suspecte de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!

5

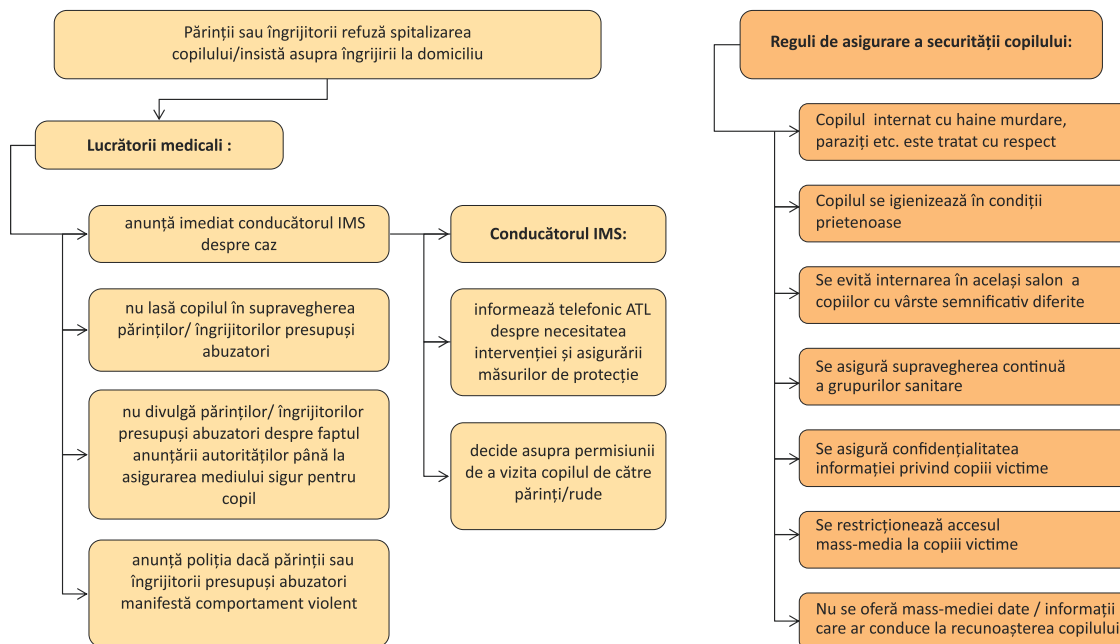
Evaluarea complexă și intervenția în cazurile de violență, neglijare, exploatare și trafic al copiilor



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!

6

Asigurarea securității copilului pe durata spitalizării



Implementează MIC în instituția ta și protejează copiii de violență!

Sfaturi pentru părinți

BENEFICIILE ALĂPTĂRII ȘI CELE MAI FRECVENTE ÎNTREBĂRI DESPRE ALĂPTARE

Alăptarea este cel mai sănătos mod de a hrăni copilul. Alăptarea exclusivă este recomandată copiilor în primele 6 luni de viață. Apoi, continuarea alăptării copilului paralel cu introducerea alimentelor complementare va proteja copilul de diverse boli și va ajuta la creșterea și dezvoltarea armonioasă a copilului.

De ce alăptați?

- Orice cantitate de lapte matern administrată copilului are un efect pozitiv.
- Cu cât alăptați mai mult, cu atât protecția copilului împotriva diferitor boli durează mai mult și cu atât sunt mai mari beneficiile pentru copilul D-voastră.
- Formula de lapte pentru sugari nu este identică cu laptele matern, ea nu oferă copilului aceleași ingrediente sau aceeași protecție.
- Laptele matern pe parcursul alimentării se adaptează pentru a satisface cerințele copilului.
- Copiii alăptați natural:
 - prezintă mai rar diaree și vome;
 - fac mai puține infecții respiratorii;
 - au șanse mai mici de a face constipație;
 - au o probabilitate mai mică de a deveni obezi, de a dezvolta diabet zaharat de tip 2 etc.;
 - au mai puține șanse de a dezvolta reacții alergice;
 - au șanse mai mici de a deceda subit.

Mamele care alăptează:

- au un risc mai mic de a avea cancer de sân și ovarian, de a dezvolta osteoporoză și a avea diverse fracturi;
- economisesc banii familiei, deoarece amestecurile adaptate pentru copii sunt costisitoare;
- construiesc cu copiii lor o puternică legătură emoțională pentru viitor.

Implicarea mai largă a părinților și familiei

- Contactul piele la piele poate fi foarte util la începutul zilei și săptămânii și poate ajuta tăticii să se simtă mai aproape de nou-născut.
- Mamele au posibilitate să alăpteze mai mult dacă au susținerea partenerului.
- Familia și prietenii pot oferi, de asemenea, un suport neprețuit, ajutând la lucruri practice, cum ar fi prepararea meselor sau efectuarea curățeniei în casă în timp ce vă hrăniți copilul.

Întrebări frecvente

Voi produce lapte suficient?

Marea majoritate a mamelor produc suficient lapte pentru bebelușul lor. Alimentând copilul la cerere, cu cât copilul sugă mai mult, cu atât sânii produc mai mult lapte. Apelați la lucrătorii medicali dacă aveți durere sau aveți îngrijorări în ceea ce privește lactația D-voastră. Cu cât mai repede vor fi remediate aceste probleme, cu atât mai bine va fi pentru copil.

Pot alăpta dacă am sânii mici?

Dimensiunea sânilor este în marea majoritate a cazurilor dependentă de cantitatea de țesut adipos (grăsime) ce îi înconjoară. Sânii de toate mărimile pot produce lapte suficient pentru copii. Este vorba despre prezența în structura sânilor a celulelor producătoare de lapte, care au nevoie de stimulare precoce și frecventă prin aplicarea la piept a nou-născutului. Pentru copil este importantă producerea adecvată de lapte, dar nu dimensiunea sânilor.

Ce se întâmplă dacă am mamelonul ombilicat sau plat?

Bebeluşul se atașează de sân, nu de mamelon. O atașare corectă are la bază prinderea unei porțiuni cât mai mari a areolei mamare, prin urmare, toate mamele pot alăpta, indiferent de forma mamelonului, chiar dacă uneori e nevoie de mai mult ajutor.

Copilul tău nu va cunoaște altă formă de mamelon – doar a ta. Cât timp i se dă bebeluşului, atâta acesta va fi capabil să sugă. De obicei, copilul când sugă, mamelonul se extinde. Unele femei în primele zile de alăptare a copilului pot percepe o senzație puternică. Apelați la asistență medicală calificată, dacă întâmpinați dificultăți.

Ce se întâmplă dacă bebeluşul meu are nevoie de alăptare în public?

Unele mame se pot simți foarte vulnerabile și se pot jena alimentând copilul în public. Totuși, experimentați cu diferite haine, care vă pot ajuta să vă simțiți mai încrezătoare și să alimentați cu discreție copilul în public, dacă acesta cere.

ALĂPTAREA - ÎNGRIJORĂRI ȘI PROBLEME

Multe mămici sunt îngrijorate că bebeluşii lor nu primesc suficient lapte.

Alăptarea corectă înseamnă că:

- areola (pielea întunecată) în jurul mamelonului D-voastră trebuie să o vedeți mai mult deasupra buzei superioare a copilului decât sub buza inferioară;
- obrații bebeluşului stau rotunzi în timpul suptului;
- copilul sugă și înghite într-un ritm regulat și susținut, cu pauze scurte ocazionale;
- alăptarea este confortabilă, deși în primele zile puteți simți o senzație de disconfort, care de obicei trece rapid;
- bebeluşul își termină suptul și lasă pieptul singur.

Următoarele semne arată că bebeluşul a primit suficient lapte:

- bebeluşul este mulțumit după alimentație;
- bebeluşul adaugă bine în greutate, totodată el poate să piardă în greutate în primele zile după naștere, dar trebuie să se întoarcă la greutatea de la naștere în două săptămâni;
- urmăriți scutecele copilului D-voastră: din ziua a V-a copiii trebuie să aibă cel puțin 6 scutece umede și 2 scaune galbene, de consistență moale pe zi. După aproximativ 4-6 săptămâni, copiii alăptați ar putea să nu prezinte scaun în fiecare zi.

Gestionarea sânilor dureroși

Unele femei pot avea disconfort la începutul alăptării la piept a copilului. Totuși, acest lucru nu ar trebui să continue pentru întreaga alimentare.

Adresați-vă la lucrătorii medicali cât mai curând posibil, dacă suferiți de durere sau aveți vreun defect la nivelul mameloanelor.

Multe probleme legate de alăptare se datorează poziționării incorecte a copilului în timpul alimentării la piept. Este necesară ajustarea poziției copilului.

Următoarele informații vă pot ajuta:

- Apelați la un lucrător medical pentru a vă ajuta să poziționați corect copilul la piept.
- Storcând câteva picături de lapte matern din fiecare mamelon, se poate calma durerea și induce vindecarea.
- Dacă aveți leziuni la nivelul mameloanelor, aplicați o cantitate mică de parafină albă sau lanolină purificată în zonele afectate, care pot ajuta la vindecarea fisurilor. Schimbați periodic pansamentul.
- Continuați să alăptați. Ajustarea poziției corecte a copilului la sân poate face alăptarea mult mai confortabilă.
- Continuați să apelați la asistența medicală calificată cât timp aveți nevoie.

Atunci când copilul D-voastră nu este aplicat corect la piept, puteți provoca staza de lapte, deoarece bebelușul nu este capabil să sugă ușor laptele. Acest lucru vă poate afecta aprovizionarea cu lapte, deoarece cu cât copilul suge mai mult, cu atât sânii produc mai mult lapte. Dacă bebelușul nu poate suge bine pieptul, acest lucru poate duce la blocarea canalelor și dezvoltarea mastitei.

Fiți atente:

- Alăptați mai des copilul.
- Verificați și îmbunătățiți aplicarea copilului la sân, consultați lucrătorul medical pentru ajutor.
- Lăsați bebelușul să sugă mai întâi din sânul problematic.
- Dacă sânii sunt încă plini după alimentare sau copilul nu poate suge, stoarceți manual laptele.
- Aplicarea flanelor calde sau o baie caldă înainte de alimentare poate ajuta ca laptele să curgă mai ușor.
- În timp ce hrăniți, faceți cu degetele masaj ușor de la periferie spre zona mamelonului.
- Odihniți-vă cât mai mult posibil.
- Mastita (inflamarea sânelor) poate fi, de asemenea, un semn de infecție. Dacă nu există nicio îmbunătățire după 12-24 de ore sau dacă începeți să vă simțiți mai rău, contactați urgent medicul.
- Oprirea alăptării în totalitate vă va agrava simptomele, deci dacă vă confrunțați cu o problemă în alăptare, adresați-vă lucrătorilor medicali cât mai curând posibil.
- Utilizarea unei pompe poate fi o modalitate utilă de stoarcere a laptelui din piept. Cu toate acestea, atunci când există o blocare a ductului sau mastită, stoarcerea sânilor cu mâna poate funcționa mai bine, deoarece este mai blândă, iar mamele pot identifica mai bine zona de durere decât cu o pompă.
- Consultați lucrătorul medical pentru a vă arăta cum să stoarceți pieptul manual.
- Somnul și alăptarea:
 - Multe mămici în primele zile după naștere dorm foarte puțin, fiind nevoite să alăpteze frecvent bebelușii. Nou-născuții au stomacul foarte mic, care se golește repede, și au nevoie de umplere

frecventă. Aceasta ar fi explicarea necesității de alimentare frecventă atât ziua, cât și noaptea. Desigur, acest lucru poate fi foarte obositor pentru o mamă. Dar încercați să vă amintiți că înainte de a se naște, copilul se alimenta 24 de ore pe zi prin intermediul placentei și este necesar timp pentru copil, ca să se adapteze la o alimentare mai puțin frecventă.

- Țineți minte că laptele D-voastră este adaptat pentru copilul D-voastră și în cele din urmă veți găsi un model optim al alimentării copilului.
- Hormonii secretați vă ajută să reveniți la somn mult mai rapid, ceea ce este bine să cunoașteți, mai ales dacă munciți.
- Dacă într-adevăr vi se pare dificil să faceți față alimentărilor frecvente pe timp de noapte, discutați cu lucrătorii medicali acest subiect.

Revenirea la muncă

Dacă reveniți la muncă sau la studii și sunteți îngrijorată că nu veți putea să continuați alăptarea, atunci faceți stocuri de lapte matern, cu care copilul va fi alimentat în lipsa D-voastră. Laptele matern stocat va avea un efect pozitiv asupra copilului și veți avea posibilitatea să continuați alăptarea copilului după revenirea de la serviciu sau studii.

STOARCEREA SÂNULUI ȘI PĂSTRAREA LAPTELUI STORS

Stoarcerea laptelui matern stimulează lactația și ajută la deblocarea canalelor. Stoarcerea sânelui se poate efectua manual și reprezintă o tehnică utilă, pe care toate mamele ce alăptează este necesar să o cunoască.

Există multe avantaje în cunoașterea procedurii de stoarcere a sânelui, dar pentru început este posibil să aveți nevoie de puțin ajutor.

Adresați-vă lucrătorilor medicali pentru a vă învăța sau pentru mai multe informații.

Avantajele stoarcerii manuale:

- Stoarcerea manuală ajută la deblocarea canalelor de lapte.
- Este o metodă ușoară, cu o probabilitate mai mică de a vă răni pieptul, comparativ cu pompa.
- Deoarece oferă contactul „piele cu piele”, ajută la producerea hormonilor (prolactina și oxitocina), care stimulează lactația. Astfel, stoarcerea manuală stimulează mai eficient lactația comparativ cu pompa.
- Colostrul (primul lapte, bogat în anticorpi) se secretă în cantități foarte mici, deci colectarea manuală va împiedica pierderea acestuia în tuburile pompei.
- Dacă bebelușul este născut prematur și nu poate fi hrănit imediat, este important să vă stoarceți cât mai precoce colostrul și ulterior să vă stoarceți de cel puțin 8 ori în fiecare 24 de ore, inclusiv în timpul nopții.
- Stoarcerea manuală nu necesită procurarea de echipament special; nu vă solicită să fiți aproape de priză electrică și este mai puțin dureroasă dacă aveți canalele blocate sau mastită.
- Stoarcerea manuală vă poate încuraja copilul să revină la sân în cazul în care acesta a avut dificultăți în alimentarea la piept și vă poate ajuta să vă înmuiați sânii, dacă sunt prea plini, astfel încât copilul să se atașeze cu ușurință la sân.
- Dacă suferiți de diabet zaharat în timpul sarcinii, puteți fi sfătuită să stoarceți colostrul antenatal, în cazul în care copilul D-voastră are nevoie de lapte suplimentar.

Pentru stoarcerea pieptului manual, urmați pașii următori:

- Luați o cratiță foarte curată, viu colorată și adâncă, deoarece în timpul stoarcerii laptele poate să pulverizeze în diferite direcții.
- Spălați-vă pe mâini și apoi începeți cu un masaj blând al pieptului, pentru a stimula producerea de hormoni (oxitocina). La curgerea laptelui ajută căldura (încercați o compresă caldă aplicată pe piept sau începeți stoarcerea după ce ați făcut o baie sau duș).
- Dacă bebelușul D-voastră nu se află aproape, la stimularea fluxului de lapte vă poate ajuta o poză a copilului sau îmbrăcăminte copilului.
- Adresați-vă partenerului să vă facă un masaj delicat al umerilor, care vă poate ajuta să vă relaxați și să stimulați fluxul de lapte.
- Apucați pieptul la aproximativ 2-3 cm de la baza mamelonului, folosind cu ușurință degetul mare și cel arătător în formă de litera „C”, stoarceți și eliberați.
- Este posibil să dureze câteva minute până apar primele picături de colostrum, apoi stoarceți urmând un ritm.
- Când fluxul încetinește, mutați-vă degetele pentru a viza o altă secțiune a sânelui.
- Schimbați la celălalt sân când simțiți că fluxul a încetinit din toate secțiunile pieptului.
- Evitați orice alunecare a degetelor, deoarece acest lucru poate provoca leziuni ale țesutului mamar.
- Amintiți-vă că sânii D-voastră nu vor fi niciodată complet goi, chiar și după ce bebelușul a supt sau ați stors laptele.
- Încercați să nu vă gândiți în timpul alimentării bebelușului D-voastră la cantitatea de lapte produs.
- Alimentarea copilului sau stoarcerea pieptului oferă o mulțime de beneficii pentru sănătate și este o modalitate bună de a te simți aproape de copilul tau, chiar când ești separată de el, de exemplu, în cazul copilului născut prematur sau revenirii la serviciu.

Este important să depozitați laptele matern corect. Urmăriți aceste instrucțiuni, pentru a Vă asigura că laptele D-voastră este depozitat în siguranță pentru bebeluș:

- Utilizați un recipient sterilizat (un vas cu capac sau pungi de depozitare a laptelui matern).
- Laptele proaspăt stors poate fi păstrat la 4 grade Celsius în frigider timp de până la 5 zile sau mai puțin. Păstrați laptele în compartimentul principal al frigiderului și niciodată pe polița de pe ușa frigiderului.
- Laptele proaspăt stors poate fi păstrat timp de până la 6 luni într-un congelator.
- Laptele scos din frigider se utilizează imediat.
- Laptele odată dezghețat nu mai poate fi congelat repetat.
- Dacă bebelușul preferă, puteți să încălziți laptele stors până la temperatura corpului înainte de a hrăni copilul, dar nu utilizați niciodată cuptorul cu microunde.

DIVERSIFICAREA ALIMENTAȚIEI - CUM SĂ-L OBIȘNUIEȘTI PE COPIL CU ALIMENTE SOLIDE

- Bebelușul în primele 6 luni de viață are nevoie doar de lapte matern sau de formula de lapte. Dacă bebelușul D-voastră pare a fi mai infometat după 4 luni, trebuie să cunoașteți că este prea timpuriu pentru a introduce alimente solide (alimentația complementară), fiind necesar să-i oferiți mai mult lapte (piept sau formula de lapte) până la vârsta când copilul D-voastră este

pregătit pentru alimente solide.

- La aproximativ 6 luni, copilul D-voastră este pregătit pentru produsele solide, fiind capabil să stea pe un scăunel, să țină capul în sus și să înghită mâncarea. Dacă Vă gândiți că bebelușul D-voastră necesită introducerea alimentelor complementare la vârsta de 5 luni sau nu prezintă semne de pregătire la 7 luni, discutați despre aceasta cu lucrătorii medicali.
- Între 6 și 12 luni, laptele matern sau formulele de lapte vor oferi în continuare o cantitate importantă de energie și nutrienți pentru bebelușul D-voastră. Copilașii alăptați sug întotdeauna cantitatea exactă de lapte de care au nevoie, iar bebelușii hrăniți cu formulă de lapte vor avea nevoie de aproximativ 600 ml/zi la 7-9 luni și 400 ml/zi la 10-12 luni. Alimentele pe care le oferiți vor fi „complementare” acestuia, crescând treptat în volum până la vârsta de 1 an. Apoi alimentele devin cea mai importantă parte a dietei.
- Copiii sunt diferiți: unii vor participa activ la masă, dornici să încerce rapid gusturi noi și de la început vor încerca să mănânce de sine stătător. Alții ar putea merge într-un ritm mai lent și au nevoie de ajutor prin a fi hrăniți de părinți cu lingurița. Fiți receptivi la copilul D-voastră și asigurați-i cât mai multă independență posibilă. Tineți minte, de asemenea, că, pe măsură ce micuțul D-voastră se deprinde cu texturi noi, este destul de obișnuit pentru el să mănânce singur. Dar mereu supravegheați copilul atunci când mănâncă și asigurați-vă că știți ce trebuie să faceți în caz de sufocare.
- Pentru început oferiți o gamă de gusturi și arome savuroase și amintiți-vă că atunci când bebelușul D-voastră face grimase sau întoarce capul, manifestă reacții obișnuite la un gust nou, dar aceasta nu înseamnă că el nu va tolera alimentul dat în viitor.

La introducerea produselor noi ne conducem de următoarele principii:

- începeți diversificarea la 6 luni, cu cantități mici și mărirea acestor cantități gradual, pe măsură ce copilul crește în vârstă, iar cantitatea alimentului nou va crește în trepte cu 30-50 ml/zi;
- noile alimente se vor introduce progresiv, câte un aliment pe zi, păstrându-se un interval de 4 zile între ele, pentru a vedea dacă sugarul tolerează bine alimentul oferit și pentru evitarea apariției alergiei și a intoleranței la aliment;
- creșterea graduală a consistenței și varietății mâncării; alimentele noi vor fi date în stare semisolidă, cu lingurița;
- ordinea introducerii alimentelor va fi adaptată personalității sugarului și stării lui de nutriție; în marea majoritate a cazurilor se va începe cu legume (morcovi, cartofi, dovlecei, țelină, păstârnac, pătrunjel, ardei gras, roșii, frunză de salată, spanac), care vor fi pasate;
- piureul va fi îmbogățit caloric cu ulei, iar în momentul servirii se vor adăuga câteva frunze de pătrunjel sau mărar, pentru aportul de vitamina C; masa de legume va înlocui progresiv masa de lapte de la orele 12.00-14.00;
- în cazul sugarilor cu stare nutrițională deficitară, primul aliment introdus în alimentația complementară va fi făinosul fără gluten (făina de orez, hrișcă, făina de porumb), care are o valoare energetică crescută; terciurile care conțin gluten (grâu, orz, ovăz, secară) se vor introduce după vârsta de 7-8 luni, evitându-se astfel manifestările precoce ale celiachiei, boală condiționată genetic;
- la 3-4 zile de la introducerea piureului de legume se va introduce piureul de fructe (măr crud sau copt, pere, caise, piersici; alte fructe cu potențial alergizant (căpșuni, mure, fragi, zmeură, portocale) se vor introduce după vârsta de 12 luni;
- în funcție de preferințele copilului și de sezon, introducerea fructelor o poate preceda pe cea a

legumelor;

- de 3-4 ori pe săptămână, masa de prânz (de legume) va fi completată cu carne de pasăre, vițel sau vită, care va fi introdusă progresiv începând cu 30 g/zi (1 lingură cu vârf), trecând la 60 g/zi și apoi la 90 g/zi; carnea va fi fiartă separat de legume;
- după 7 luni se poate introduce gălbenușul de ou, fiert foarte tare (8-10 minute); gălbenușul de ou va fi frecat în piureul de cartofi, deoarece amidonul din cartof crește digestibilitatea oului și disponibilitatea Fe conținut în ou; albușul este alergizant și nu se dă copilului mai mic de 1 an;
- carnea introdusă, de asemenea, după 7 luni și oul pot fi date alternativ, astfel încât copilul să primească zilnic proteină fie de ou, fie de carne;
- la 10-11 luni sugarului i se poate da pește alb fiert, budinci din legume, paste făinoase, perișoare (preparate numai cu gălbenuș), mămliguță cu brânză și smântână, prăjituri de casă cu mere, brânză, chisel de fructe;
- alimentul nou va fi propus, iar nu impus, evitându-se anorexia psihogenă; reveniți la produsele alimentare care au fost respinse anterior, deoarece copiii își schimbă preferințele în timp, pe măsură ce se familiarizează cu alimentele noi;
- bebelușii, datorită unui sistem imunitar în curs de dezvoltare, sunt expuși unui risc mai mare de intoxicații alimentare, deci asigurați-vă că peștele, carnea și ouăle sunt bine preparate și evitați crustaceele sau laptele nepasteurizat;
- nu adăugați niciodată sare (sau sosuri, cum ar fi sos de soia sau ketchup) în alimentele copilului D-voastră, deoarece acestea pot provoca afectarea rinichilor copilului. Se interzice consumul de sare la copiii până la 24 de luni;
- același lucru este valabil și pentru zahăr (care poate cauza carii dentare) și miere (care poate conține bacterii ce produc toxine în intestinul copilului, conducând la botulismul infantil, o boală foarte gravă);
- se recomandă interzicerea oferirii de ceaiuri, cafea sau orice altfel de băuturi îndulcite cu zahăr (băuturi răcoritoare sau siropuri) sugarilor. Ceaiul nu este recomandat sugarilor, deoarece prin conținutul său poate reduce disponibilitatea fierului și a altor minerale, iar zahărul adăugat crește adesea riscul de carii dentare. Bebelușii în primul an de viață nu au nevoie de alte băuturi decât laptele sau apă. Oferiți-le apă la fiecare masă, folosind un pahar sau o ceașcă cu căpăcel;
- calitatea alimentului este importantă, iar familiile care au posibilitatea vor oferi copilului pe cât posibil alimente și produse din gospodăria proprie, legume sau cereale cultivate pe teren fără îngrășăminte chimice; nu se vor da copilului alimente contaminate;
- preparatele industriale destinate sugarului au ca avantaje compoziția standardizată după criterii internaționale, precum și securizarea toxică și bacteriologică; printre dezavantajele acestor preparate sunt faptul că trebuie folosite în decurs de 24 de ore de la deschiderea cutiei și prețul ridicat;
- se va institui „ritualul” mesei, într-o ambianță calmă, stimulativă, fără a recurge la televizor, jocuri și jucării pentru a face copilul să mănânce; în timp ce mănâncă bebelușii se pot murdări, dar este important să-i lăsați să se implice de sine stătător în procesul luării mesei.

PRINCIPIILE ALIMENTAȚIEI CORECTE A COPILULUI MAI MARE

În primii ani de viață copilul crește și se dezvoltă rapid. Astfel, alimentele și băuturile pe care le consumă trebuie să ofere tot necesarul energetic și substanțele nutritive.

- Încercați să oferiți copilului produse alimentare preparate sănătos (de exemplu, mai bine pireu de

cartofi decât cartofi prăjiți; mai bine bucăți de carne sau pește fierte sau preparate la aburi decât salamuri sau mezeluri; mai degrabă legume proaspete sau congelate decât cele conservate; mai bine pâine obișnuită decât biscuiți dulci sau gustări sărate).

- Calitatea alimentului este importantă, iar familiile care au posibilitatea vor oferi copilului, pe cât posibil, alimente și produse din gospodăria proprie, legume sau cereale cultivate pe teren fără îngrășăminte chimice; nu se vor da copilului alimente contaminate.
- Oferind copilului în mod regulat dulciuri (cum ar fi bomboane, sucuri de fructe sau ape dulci carbogazoase), putem induce obezitatea la copii. Aceste produse pot deteriora și dinții, mai ales dacă îi dați copilului sticla cu băuturi îndulcite înainte de culcare. Cele mai sigure și recomandate băuturi între mese sunt laptele și apa. Îi puteți oferi copilului suc de fructe proaspăt diluat (50:50 cu apă) la mese, servit într-o ceașcă. Evitați adăugarea zahărului, deoarece acesta poate deteriora smalțul dinților.
- Gustările copilului D-voastră ar trebui să urmeze aceleași principii ale unei mese sănătoase și să includă alimente naturale, evitând produsele dulci oricând este posibil. Gustările bune pentru copii includ: sandwich-uri mici cu legume crude, felii de ou fiert, fructe proaspete și iaurt simplu, prăjituri de orez.
- Până la atingerea vârstei de 2 ani băutura principală pentru copii trebuie să fie laptele mamei sau formula de lapte. Apoi, puteți trece la laptele semidegresat. Dacă copilul D-voastră nu tolerează sau nu preferă produse lactate, atunci o alternativă fortificată de calciu ar fi soia, migdale, ovăz sau laptele de nucă de cocos.
- Copiilor le place să fie implicați în alegerea, procurarea produselor alimentare, prepararea mâncărilor și la aranjarea mesei. Implicarea copilului în aceste activități este o modalitate foarte bună de a încuraja obiceiurile alimentare bune și interesul față de alimente, fiind totodată o modalitate de pregătire a copilului pentru viață în grădiniță și la școală.

CUM SĂ PREVII OBEZITATEA LA COPIL

Numeroase cercetări demonstrează că alăptarea la piept a copiilor timp de 3-4 luni sau mai mult accelerează pierderea în greutate a mamelor. De asemenea, bebelușii alăptați natural sunt mai puțin susceptibili de a fi supraponderali în adolescență și viața de adult.

- În cazul în care copilul este alimentat cu formule de lapte, este foarte important să avem grijă ca atunci când pregătim cantitatea de lapte praf, aceasta să fie exactă cu cea recomandată, deoarece, adăugând chiar și o cantitate mică de lapte praf suplimentar, supraconcentrăm formula de lapte și bebelușului i se oferă prea multe calorii.
- Nu forțați niciodată bebelușul să termine laptele din sticlă. Conduceți-vă de principiul: să consume cantitatea dorită la fiecare alimentație și rețineți că aceasta poate varia de la o alimentație la alta și de la o zi la alta.
- Dacă bebelușul vi se pare foarte flămând și vă gândiți să folosiți o formulă de lapte, discutați mai întâi acest lucru cu lucrătorii medicali. Dacă bebelușul are reflux, nu se recomandă supraalimentația lui, deoarece poate provoca și mai mult vome. Mulți copii au nevoie pur și simplu de o cantitate ușor mai mare pentru a-și satisface necesarul caloric. Dacă sunteți preocupat că bebelușul dumneavoastră consumă mai mult, consultați lucrătorii medicali.
- Încurajează-l pe micuțul tău să fie activ. Aceasta este important pentru a preveni excesul de greutate al copilului. Copiii trebuie să fie activi cel puțin 3 ore pe zi, totodată copiii mici au o limitare a timpului petrecut în fața ecranelor, momente benefice și pentru a avea un somn nocturn liniștit.

- Încurajați micuțul să mănânce de sine stătător. Lăsați-l să mănânce după propriul apetit, stând cu restul familiei la masă. Nu forțați niciodată copilul să termine alimentele; nu folosiți alimentele drept recompensă sau pedeapsă. Aceasta poate duce la faptul că în viitor copilul va aborda problemele emoționale prin consumarea excesivă a alimentelor.
- Administrând o mulțime de gustări între mese (cum ar fi cipsuri, dulciuri, biscuiți, prăjituri și înghețată), copiii mici consumă prea multe calorii față de necesitățile lor energetice și sfârșesc prin a refuza alimente mai sănătoase la mese. Gândiți-vă la gustări pentru copii mici ca la „mini-mese”, furnizați produse importante și sănătoase, cum ar fi fructele și legumele, laptele simplu sau iaurtul.
- Copiii mici care consumă dulciuri (cum ar fi bomboane, sucuri de fructe, ape carbogazoase dulci și milkshake) au mai multe șanse de a fi supraponderali. Laptele și apa sunt cele mai bune băuturi pentru a fi oferite copiilor, în plus, acestea nu dăunează dinților.
- Multe alimente disponibile pe scară largă nu sunt potrivite pentru copii sub 5 ani, cum ar fi mâncăruri gata preparate, gustări, salate și alimentele care conțin coloranți și îndulcitori artificiali. Cele mai multe alimente fast-food vin în porții „de o singură mărime” și acestea nu sunt potrivite pentru copiii sub 5 ani.
- Amintiți-vă că dacă sunteți îngrijorată de greutatea copilului D-voastră sau aveți întrebări legate de alăptare sau alimentația sănătoasă, puteți consulta lucrătorii medicali, care vă vor oferi sfaturi.

CONTACTUL PIELE-LA-PIELE

Nașterea reprezintă un moment unic, încărcat de emoție, în care bebelușul își schimbă mediul de viață și se întâlnește în primul rând cu mama, ființa care l-a purtat și l-a crescut din resursele ei timp de 9 luni. Tranziția aceasta la mediul extrauterin din mediul cald intrauterin este critică, iar dacă bebelușul este separat de mediul său biologic, adică de MAMA lui, adaptarea va fi extrem de dificilă, organismul bebelușului simțind toate schimbările la maxim, fără a putea filtra stimulii pe care îi primește permanent. Ideea contactului piele-la-piele nu este una nouă, fiind utilizată încă din cele mai vechi timpuri ca o metodă de a asigura supraviețuirea copilului. Astăzi există o tendință puternică de reîntoarcere la tradiție și la „natural” în ceea ce privește nașterea și alăptarea. Contactul piele-la-piele dintre mamă și copilul ei este considerată una dintre metodele de a susține legătura dintre cei doi încă de la începutul vieții extrauterine a copilului, cu efecte importante pentru alăptare, așa cum arată studiile recente desfășurate în această privință.

Informație: Contactul piele-pe-piele imediat după naștere este o practică benefică atât pentru nou-născut, cât și pentru mamă. În general, bebelușul trebuie lăsat să aibă contact direct cu mama sa cel puțin în primele două ore de viață sau atât timp cât dorește mama. Aceasta înseamnă așezarea bebelușului dezbrăcat (sau doar în scutec) pe pieptul dvs. Amândoi veți fi acoperiți cu o pătură. În cazul în care nu este posibil, vi se va explica motivul.

Beneficiile:

- Culcat pe burta mamei, copilul nu va fi supus stresului singurătății;
- Contactul piele-la-piele va încălzi bebelușul;
- Durerea post-natală și oboseala datorată travaliului se uită mai repede;
- Ajută sugarului să-și regleze respirația și bătăile inimii, precum și nivelul de zahăr din sânge;
- Îi întărește imunitatea, prin colonizarea pielii bebelușului în primul rând cu bacterii sănătoase împrumutate de la mamă, în defavoarea celor din mediul înconjurător (spitalicesc) dăunătoare;
- Plasat pe pieptul mamei, copilul se deplasează instinctiv către sân, fără a fi direcționat într-acolo;

- Face mai ușor procesul de alăptare, stimulează lactația. Cantitatea mică de colostru (un lichid gros, gălbui) produsă în primele zile după naștere este foarte importantă pentru bebelușul dvs., deoarece acesta conține nutrienți concentrați și îl protejează de infecții;
- Stimulează dezvoltarea creierului prin mesajul „sunt în siguranță”;
- Atingerea și mirosul permit mamei să se simtă mai aproape de copilul lor. Aceasta promovează legătura și permite un sentiment de bunăstare maternă;
- Calmează stresul, deci îl ajută pe bebeluș să doarmă mai bine;
- Chiar dacă ești epuizată după naștere, indiferent de tipul ei, naturală, vaginală sau prin cezariană, contactul piele-la-piele, stimulează eliberarea naturală de oxitocină, hormonul dragostei, care garantează începutul cel mai optim pentru voi ca familie. Tăticul poate participa mângâind bebelușul pe spate și vorbindu-i;
- Înlătură durerea, mai ales în timpul procedurilor medicale;
- Întărește legătura afectivă dintre copil și mamă/tată;
- Previne depresia postpartum.

Așezarea nou-născutului pe pieptul mamei poate fi făcută chiar și după naștere prin cezariană, inclusiv în timp ce mama este cusută, cu condiția să nu existe anumite probleme medicale care să împiedice acest contact.

ÎNȚELEGEREA COPILULUI TĂU

Relația cu bebelușul începe înainte de naștere. Știați că bebelușii sunt capabili să perceapă sunetele din lumea înconjurătoare încă din a 21-a săptămână de sarcină și se pot mișca la auzul muzicii?

Contactul piele-la-piele dintre mamă și copil poate fi o modalitate bună de a vă simți aproape și de a vă cunoaște unii pe alții. Acest lucru poate fi deosebit de important pentru inițierea și menținerea alimentației naturale.

- Nou-născutul își petrece destul de mult timp studiind fețele celor din jur, în special pe cele ale părinților. Deși vederea lui este încețoșată, poate vedea destul de bine (mai ales fețe) la o distanță de 20 până la 40 de centimetri.
- Copilul, totodată, poate reacționa la diverse sunete sau voci. Încă din prima zi, bebelușul își folosește toate simțurile, inclusiv mirosul și atingerea, pentru a te identifica și a se atașa de tine.
- În fiecare zi, bebelușul dvs. se va mișca prin diferite stări de veghe și somnolență. Fiecare copil face acest lucru în felul său, dar învățând să recunoști modelul propriului bebeluș, îi vei oferi copilului ceea ce are nevoie într-un mod care să îl ajute să se simtă îngrijit și înțeles de tine.

Au fost identificate șase stări de somn și veghe la sugar: somnul profund, somnul superficial, somnolență, starea de vioiciune liniștită, starea de vioiciune activă și plânsul. Chiar dacă fiecare stare are caracteristici specifice, modul în care bebelușii trec dintr-o stare în alta variază. Unii trec treptat dintr-o stare în alta, în timp ce la alții tranzițiile sunt abrupte. Unii petrec mai mult timp dormind sau într-o stare de vioiciune liniștită, sau plângând, spre deosebire de alții. Nu puteți controla pe deplin stările sugarului, ele sunt întrucâtva determinate de propria sa personalitate.

Identificarea corectă a stării în care se află bebelușul vă va ajuta să-i oferiți o îngrijire adecvată.

STĂRILE DE SOMN

Somnul profund

În această stare, sugarul este nemișcat și relaxat, respirația sa este ritmică. Ocazional, are câte o mișcare spasmodică sau schițează câte o mișcare de supt cu buzele, însă rareori se trezește. Nu puteți hrăni bebelușul în această stare și nici nu vă puteți juca cu el. Dacă reușiți să-l treziți cât de cât, va rămâne treaz numai pentru o clipă, după care își va relua somnul profund. Folosiți acest timp pentru a vă odihni, a dormi, a mânca, a vorbi la telefon, a face o baie, a sta cu partenerul și așa mai departe.

Somnul superficial

Această stare de somn este cea mai frecventă la nou-nascuți. Ochii bebelușului sunt închiși, însă se pot mișca în spatele pleoapelor. În somnul superficial el se mișcă, emite sunete de plâns foarte scurte, sugă, face grimase sau zâmbește. Respiră neregulat. Reacționează la zgomote și la eforturile de a-l trezi sau stimula. Uneori, se trezește și trece într-o stare de somnolentă sau rămâne în această stare și cade într-un somn profund.

STĂRILE DE TREZIE

Somnolent

În această stare, bebelușul pare somnoros, nivelul de activitate variază și poate tresări uneori. Ochii, cu pleoapele grele, se deschid și se închid pentru perioade scurte de timp, privirea este nefocalizată sau ochii pot părea încrucișați. Respiră neregulat și reacționează la stimuli senzoriali într-o manieră încetinită. El poate adormi la loc sau deveni mai vioi. Dacă doriți să adoarmă la loc, evitați să-l stimulați. Dacă doriți să se trezească, vorbiți-i, ridicați-l din pat, masați-l sau dați-i ceva să sugă sau la care să se uite.

Treaz liniștit

Această stare, care de obicei precede o lungă perioadă de somn, este plăcută și dăătoare de satisfacții pentru părinți. Bebelușul stă liniștit și vă privește calm, cu ochii strălucitori și larg deschiși. El respiră regulat și este atent și concentrat la ce vede și aude. Îl puteți încuraja să rămână în această stare oferindu-i ceva la care să se uite, ceva de ascultat sau de supt. Îi puteți cânta și vorbi, savurând aceste momente de contact vizual, vioiciune și calm.

Treaz activ

În această stare, foamea, oboseala, zgomotele și manipularea exagerată afectează imediat bebelușul. Acesta nu poate sta liniștit, poate fi chiar agitat. Ochii sunt deschiși, însă nu par la fel de strălucitori și atenți ca în starea de vioiciune calmă. Respiră neregulat și se strâmbă. Când nou-născutul intră în starea de vioiciune activă, este momentul fie să-l hrăniți, fie să-l liniștiți. Dacă nu îi este foame, probabil are nevoie de mai puțină stimulare. Dacă acționați imediat, puteți să-l aduceți într-o stare mai calmă înainte de a ajunge la plâns.

Plânge

Un bebeluș care plânge este dificil pentru orice părinte. Tineți minte că dispune de un singur mod de a vă spune că nu mai poate face față. Dacă este flămând, suprastimulat, obosit, bolnav, balonat, stingher, ud, dacă îi este prea frig sau prea cald, el spune aceste lucruri prin plâns. De asemenea, își mișcă activ corpul, deschide sau închide ochii, face grimase nefericite și respiră neregulat. Uneori, plânsul este o eliberare, un mecanism de autocalmare, care îi permite să intre într-o altă stare. Mai adesea, însă, bebelușul are nevoie să fie hrănit sau alinat.

Mulți părinți dau fuga să îngrijească bebelușul care se mișcă și scâncește sau plânge. Deseori, totuși, el nu este pregătit să se trezească. Așteptați câteva clipe pentru a vedea dacă trece în starea de somnolență și are nevoie de îngrijire sau adoarme la loc.

CANDIDOZA BUCALĂ LA COPIL

Semne și simptome:

- Depozite albicioase, brânzoase, aderente pe mucoasa orofaringiană, care la sugari pot fi confundate cu resturi de lapte.
- Senzație de disconfort la nivelul gurii; aftele pot sângera la frecare.
- Nou-născuții pot avea dificultăți de alimentație și devin astfel iritați (aftele sunt foarte dureroase și constituie o adevărată piedică în procesul de hrănire). În aceste condiții bebelușul poate refuza să mai sugă sau să mai mănânce. Ca urmare copilul nu mai i-a în greutate sau chiar slăbește, devine letargic, iritabil și somnolent.
- Sugarul cu candidoză bucală alimentat la sân poate transmite infecția și la mamă, care va contamina ulterior continuu orofaringele bebelușului.
- Infecția sânelui se manifestă prin roșeață, hiperestezie și prurit la nivelul mameloanelor, eritem periareolar, dureri în timpul alăptărilor și între acestea, durere profundă în profunzimea glandei mamare.

Tratamentul candidozei orale:

- Dacă aftele nu dispar de la sine în câteva zile, va trebui să apelezi la un medic pentru o diagnosticare și un tratament pe măsură.
- În cele mai multe cazuri, tratamentul se face pe bază de medicamente – unguente de tip antifungice aplicate local pe bază de nistatină (bine înțeles sub formă lichidă). Tot medicul îți va recomanda modalitatea și frecvența de administrare.
- De regulă, soluția este picurată direct în gura sugarului sau se înmoaie cu soluție un bețișor de urechi și apoi se aplică pe zonele afectate.
- Atenție: tratamentul trebuie aplicat cu multă blândețe, astfel încât să nu rupi aftele. Dacă accidental se întâmplă acest lucru, mucoasa bucală începe să sângereze, iar sugarul va suporta o durere exagerată.
- Dacă alăptezi, lubrifiază mameloanele cu soluția cu nistatină, iar dacă bebelușul este hrănit mixt, nu uita să sterilizezi biberoanele și tetinele după fiecare utilizare.
- Dacă candida bucală este depistată în faza incipientă și tratată la timp, micuțul dumneavoastră nu este expus la alte riscuri.
- Candidoza netratată se poate extinde, ajungând în cele din urmă ca toată mucoasa bucală să fie acoperită cu un strat alb, brânzos.
- Ignorarea acestei afecțiuni poate cauza alte complicații, precum o infecție generalizată.

Cum puteți preveni candida bucală:

- Sterilizați întotdeauna obiectele bebelușului (suzeta și biberonul);
- Spălați sânii înainte și după fiecare hrănire;
- Mențineți o igienă bucală optimă;
- Spălați-vă pe mâini înainte de hrănire și după aceasta, înainte de schimbarea scutecului bebelușului și după aceasta.

ÎNȚELEGEREA GRANULOMULUI OMBILICAL

Ce este un granulom ombilical?

Un granulom ombilical este o creștere excesivă a țesutului în timpul procesului de vindecare a buricului (ombilicului). De obicei, este un nodul de culoare roz-deschis sau roșu și adesea este umed sau se scurg cantități mici de lichid limpede sau galben. Aceasta se întâlnește de obicei în primele săptămâni de viață a unui copil.

Cauza exactă a acestei creșteri excesive de țesut este necunoscută, dar dacă este lăsat fără tratament, granulomul poate dura câteva luni pentru a se rezolva și poate provoca anxietate părinților.

Îngrijirea generală a bontului ombilical/buricului:

- Mențineți ombilicul curat și uscat.
- Curățați ombilicul cu săpun și apă caldă atunci când devine murdar de urină sau fecale.
- Expuneți ombilicul la aer prin răsucirea în jos a scutecului.

Cum se tratează un granulom ombilical?

Întotdeauna solicitați sfatul mai întâi de la asistentul medicului de familie (AMF):

- Dacă există un granulom ombilical și nu este o infecție evidentă, atunci AMF vă poate sugera să aplicați de două ori pe zi ca tratament un vârf de cuțit de sare de masă. Acest lucru s-a dovedit a fi un tratament eficient și sigur, pe care îl puteți face acasă.
- AMF vă va învăța cum să aplicați un mic vârf de sare, apoi să acoperiți zona cu o bucată de tifon curat și să lăsați până la 30 de minute. După aceasta, sarea trebuie spălată cu un bandaj curat, înmuiat în apă fiartă și răcită.
- AMF vă va sfătui să continuați acest tratament cel puțin două zile, timp în care granulomul ar fi trebuit să se reducă și să se vindece.
- AMF ar trebui să reevalueze bontul ombilical al bebelușului o dată pe săptămână.

Ce trebuie să faceți în cazul în care tratamentul cu sare nu este efectiv sau dacă este suspectată o infecție?

Dacă bontul ombilical al bebelușului prezintă semne de infecție, cum ar fi roșeața pielii înconjurătoare și prezența unui miros urât și/sau eliminări, sau dacă bebelușul Dvs. are febră, adresați-vă medicului de familie pentru mai multe detalii despre tratament.

DEFICIENȚELE AUDITIVE ALE COPIILOR

Deficiențele auditive ale copiilor constituie o problemă frecvent întâlnită.

Cum să ne dăm, însă, seama dacă micuțul poate avea o problemă de auz?

Singur, instinctul ne spune că atunci când îi vorbim, el trebuie să dea semne că ne aude. Însă ce vârstă este asociată și cu care semne?

Până la 4 luni de viață, un bebeluș trebuie:

- Să se miște sau să reacționeze când cineva vorbește în preajma lui sau dacă aude un zgomot în jurul său.
- Să privească cu ochii larg deschiși dacă aude un zgomot foarte puternic și strident (semn că îl aude și este atent la el, este vigilent).

Până la 7 luni de viață, un copil trebuie:

- Să întoarcă capul către vocea sau zgomotul pe care îl aude (chiar și când aude glasul părintelui, însă nu îl vede).
- Să se răsucescă sau să se miște ca răspuns la un sunet puternic sau o voce.
- Să tresară atunci când aude un zgomot foarte puternic.

Până la 9 luni de viață, un copil trebuie:

- Să întoarcă capul, ca să-și dea seama din ce direcție vine un anumit sunet.
- Să se răsucescă dacă un părinte îl strigă din spatele său.
- Să se miște ca răspuns la un sunet puternic sau o voce.
- Să privească fix cu atenție mare atunci când aude un zgomot foarte puternic.

La vârsta de un an, un copil trebuie:

- Să întoarcă capul în toate direcțiile posibile și să manifeste interes viu la vocea oricărei persoane sau la un sunet particular.
- Să repete sunetele pe care părinții le produc.
- Să privească fix cu atenție mare atunci când aude un zgomot foarte puternic.

La vârsta de 2 ani, un copil trebuie:

- Să fie capabil să arate spre o parte a corpului său la cerere, fără să vadă cum se mișcă buzele persoanei care îi cere acest lucru (ca să nu își dea seama ce i se cere; copiii cu probleme de auz se adaptează și dezvoltă repede un sistem de a citi buzele celor din jur, ca să înțeleagă ce se vrea de la ei).
- Să fie capabil să arate către imaginea corectă când este întrebat (de exemplu: unde este pisica? Unde este pasărea?).
- Să fie capabil să execute sarcini foarte simple pe care i le dai, de exemplu, să îți aducă o jucărie când îl rogi, însă fără să vadă cum se mișcă buzele persoanei care îi cere să facă aceste lucruri.

Ce trebuie să faceți dacă suspectați pierderea auzului

Dacă copilul tău nu face una sau mai multe din indiciile simple de mai sus la vârstele respective sau dacă ai altfel de dubii cu privire la acuratețea și buna funcționare a auzului celui mic, consultă medicul, nu neglija. El este în măsură să efectueze teste suplimentare cu copilul, pentru a vedea dacă există într-adevăr o problemă, fie ea de auz, fie de buna dezvoltare neurologică a copilului. Medicul, vă poate direcționa la o clinică de audiologie, pentru a testa auzul copilului dumneavoastră.

Teste de audiență și audiograme

Testarea funcției auditive este recomandată în prezența unor anumiți factori de risc, această testare devine obligatorie. Factorii de risc pot fi următoarele:

- copilul începe să vorbească târziu;
- copilul suferă otite în mod repetat;
- părinții copilului sau rudele lui de gradul I suferă de hipoacuzie;
- copiii sunt afectați de diferite sindroame asociate cu hipoacuzia, sindroame precum Down, Alport;
- copiii au fost supuși unor tratamente medicamentoase care le pot afecta funcția auditivă;
- copiii întâmpină dificultăți în procesul de învățare și concentrare;
- copiii au fost născuți prematur sau au înregistrat o greutate foarte mică la naștere (mai mică de

1.500 de grame);

- copiii prezintă malformații craniofaciale congenitale;
- mamele au fost bolnave pe parcursul sarcinii.

O CASĂ SIGURĂ PENTRU COPILUL TĂU

Este o idee bună să vă faceți timp pentru a face înconjurul casei Dvs. de-a bușilea și să obțineți o idee despre unde ar putea fi pericolul pentru copilul Dvs.

Văzând lucrurile la nivelul ochiului copilului Dvs., vă veți face o imagine clară a problemelor de siguranță pe care nu le-ați avut în vedere, ceea ce vă va permite să asigurați siguranța casei Dvs. de sus în jos. Astfel:

- Asigurați-vă că locuința/casa este echipată cu o alarmă pentru fum. Înlocuiți bateriile de îndată ce acestea se epuizează și testați în mod regulat alarma.
- Păstrați chibriturile și brichetele în locuri sigure, inaccesibile pentru copii.
- Utilizați capace pentru prize, pentru a împiedica copiii să pună degetele sau alte obiecte în prize.
- Stocați toate medicamentele departe de îndemâna copiilor – analgezicele sunt una dintre cele mai frecvente cauze ale internării copiilor în spital pentru intoxicații. Cosmetica, parfumurile și uleiurile esențiale ar trebui, de asemenea, să fie depozitate departe de copii.
- Țineți-vă poșeta departe de copil! Conținutul poșetei – acetona, lacul de unghii, pastilele, parfumul, deodorantul, forfecuțele, monedele – îi poate provoca copilului traumatisme, intoxicație, iar obiectele mărunte prezintă pericol de sufocare.
- Păstrați toate substanțele otrăvitoare din casă în ambalajele lor originale. Nu mutați substanțele toxice în vase pentru alimente. Toate medicamentele și substanțele toxice din casă – detergenții, înălbitorul, otrăvurile pentru insecte, vopselele – trebuie să fie imposibil de găsit de către copii. Acestea vor fi depozitate în magazii încuiate sau în dulapuri amplasate cât mai sus, la cel puțin 1,5 m de la podea.
- O zonă mai recentă de îngrijorare este utilizarea de țigări electronice, care reprezintă un pericol pentru copii și ar trebui să fie păstrate (împreună cu rezervele) astfel încât copiii să nu le poată găsi și nici vedea.

SECURITATEA MEDIULUI CASNIC - PROTEJAREA COPILULUI DE ÎNEC

Copiii se pot îneca în doar 3 cm de apă. Din acest motiv, este foarte important să nu lăsați niciodată bebelușul singur în baie, nici măcar pentru o clipă.

Asigurați-vă că aveți toate cele necesare la îndemână (prosoape, șampoane etc.), atunci când îi faceți copilului Dvs. baie. Dacă soneria sau telefonul sună, scoateți bebelușul din apă, înfășurați-l într-un prosop și luați-l cu Dvs. pentru a răspunde la ușă sau la apel.

Aveți grijă:

- Nu uitați să goliți vasele cu apă imediat după băița copilului, după ce ați spălat rufe etc.
- Nu lăsați vase sau găleți cu apă neacoperite în jurul casei dvs. sau în grădină – chiar și gălețile mici cu apă pot constitui un pericol pentru copilul dumneavoastră.
- Piscinile gonflabile sunt distractive în timpul verii, totuși trebuie să supravegheați mereu copiii mici atunci când se joacă în piscina lor. Goliți piscina de apă imediat după utilizare.
- Acoperiți fântâna cu capac, la fel acoperiți cu capace (mai grele) orice alt vas cu apă din curte sau

casă: cratițe mari, găleți, căzi, butoaie etc.

- Aveți grijă când vă relaxați în jurul bazinelor de înot, atunci când sunteți în vacanță. Nu lăsați niciodată copiii mici singuri lângă o piscină. Dacă există o copertină pentru piscina în care vă aflați, asigurați-vă că o utilizați. Unele vile și case de vacanță au, de asemenea, porți în jurul piscinelor, care ar trebui să fie folosite în orice moment pentru a opri accesul copilului la piscină.
- Dacă aveți toaletă în curte, formați-vă obiceiul de a închide ușa cu zăvorul/cârligul. Orice groapă cu lichid este un pericol pentru copilul mic.

SECURITATEA MEDIULUI CASNIC - ARSURILE LA COPIL

PIELEA BEBELUȘULUI ESTE DE 15 ORI MAI SUBȚIRE DECÂT CEA A UNUI ADULT, CEEA CE O FACE SĂ ARDĂ MULT MAI UȘOR

Este nevoie de doar 5 secunde pentru ca un copil mic să sufere o opărire severă de la apa de baie prea fierbinte, de exemplu. Din acest motiv, este foarte important să fiți conștienți de pericolele din casa dvs., astfel încât să vă puteți proteja copilul de rănire.

Băuturile fierbinți sunt una dintre cele mai frecvente cauze de arsuri și opăririi.

- Nu uitați să păstrați întotdeauna băuturile fierbinți departe de bebelușul sau copilul dvs. și să nu țineți niciodată o băutură caldă în timp ce țineți bebelușul. Asigurați-vă că băuturile calde sunt ținute departe de marginea meselor și de suprafețele de lucru.
- Țineți copilul departe de locul unde gătiți: plita de gaz, sobă, cuptor, cuptor cu microunde.
- Folosiți la plita de gaz, pe cât e posibil, arzătoarele dinspre perete.
- Îndreptați mânerurile tigăilor și cratițelor spre perete, ca micuțul Dumneavoastră să nu fie tentat să le apuce.
- Nu țineți copilul în brațe atunci când gătiți sau călcați rufe.
- Verificați temperatura băii copilului înainte de a vă lăsa copilul să intre în apă – puteți face acest lucru utilizând un termometru special sau prin plasarea cotului în apă.
- Păstrați fierul și aparatele de coafat (ondulatoare, plăci de îndreptat părul) încălzite într-un loc cât mai sus, inaccesibil copilului, chiar dacă acestea se răcesc.
- În cazul în care aveți plită sau cuptor în casă, luați toate măsurile ca micuțul să nu aibă acces la plita sau ușița sobei fierbinți.

SECURITATEA MEDIULUI CASNIC -

ASPIRAȚIA DE CORP STRĂIN, SUFOCAREA ȘI STRANGULAREA

Bebelușii și copiii mici sunt expuși unui risc sporit de sufocare cu obiecte mici, deoarece ei examinează obiectele necunoscute prin punerea lor în gură.

Fiți foarte vigilenți la acest lucru și păstrați jucăriile mici (bile, piese LEGO) departe de copil.

- Sufocarea poate apare atunci când bebelușii se alimentează, așa că întotdeauna urmăriți copilul atunci când îl hrăniți. Asigurați-vă că copiii mai mari stau liniștiți când mănâncă (nu-i lăsați să alerge cu mâncarea în gură), de asemenea, asigurați-vă că alimentele sunt tăiate bucăți mici.
- Păstrați toate pungile de plastic la îndemâna Dumneavoastră, inclusiv pungile de la scutece. Nu păstrați niciodată sacii de la scutece în jurul pătuțului copilului Dvs., a căruciorului sau oriunde în preajma copilului.
- În timpul petrecerilor de zi de naștere pentru copii fiți atenți la baloanele sparte sau neumflate

– acestea pot fi periculoase pentru cei mici, deoarece pot bloca complet căile respiratorii ale copilului dacă sunt mestecate sau inhalate.

- Țineți animalele de companie departe de dormitorul bebelușului Dvs. În special, pisicile prezintă un risc de sufocare. Astfel, utilizați o acoperire în jurul leagănului și a căruciorului în timp ce copilul Dumneavoastră doarme.
- Bebelușii și copiii mici se pot încurca în cabluri, astfel, dacă este posibil, utilizați cabluri scurte.
- Nu agățați jucăriile sau alte obiecte, care ar putea fi un pericol de strangulare, de leagănul copilului Dumneavoastră sau de pat.

PREVENIREA SUFOCĂRII

Bebelușii și copiii mici sunt în pericol de sufocare cu obiecte mici pentru că ei cercetează lucrurile din jur punându-le în gură.

Cauzele sufocării pot fi diferite pentru diferite vârste și deosebirea lor de către părinți înseamnă că sufocarea poate fi prevenită sau depășită eficient dacă se întâmplă.

Sfaturile de mai jos oferă informații de bază dar și directionează părinții către alte surse, în cazul în care aceștia vor să știe mai mult.

Ce este sufocarea?

- Sufocarea (asfixia) înseamnă că sunt blocate căile respiratorii și copilul nu poate să inspire suficient oxigen în plămâni.
- Este foarte serios și atunci când se întâmplă necesită acțiuni decisive și rapide.
- Bebelușii și copiii mici au căi respiratorii înguste, ceea ce înseamnă că le este ușor să se înece cu obiecte mici. Suptul, înghițirea și plasarea obiectelor și a mâncării solide în gură sunt niște lucruri firești pe care le fac copiii de la o vârstă, dar aceste acțiuni prezintă risc de sufocare.
- Copilașii bolnavi au un risc mai înalt să se înece.
- Bebelușii și copiii pentru care suptul și înghițitul sunt dificile în condiții normale sunt expuși la riscul de a se sufoca, la fel și copiii care suferă de condiții fizice care fac înghițirea mai dificilă.

Pericole

- Mâncăruri care au cocoloașe sau care sunt împărțite în bucăți prea mari pentru gurița copilului sunt cea mai frecventă cauză de sufocare. Alimente deosebit de periculoase sunt strugurii și roșiile cherry.
- Copilul poate fi ușor distrat de la mâncare, astfel încât nu se concentrează pe mestecarea și înghițitul mâncării. De exemplu, jocurile în timpul mesei îl pot face să râdă, ceea ce este o altă cauză frecventă a sufocării.
- Pe măsură ce copilul explorează lumea înconjurătoare și începe să ia obiecte în gură, părți mici de la jucării sau diverse obiecte de uz casnic pot deveni cauze de asfixiere. Este foarte important să rețineți că uneori copii pun în gură obiecte pe care nu le pot scoate!
- Dacă aveți și copii mai mari, țineți minte că părți de jucării și chiar baterii mici, care sunt potrivite pentru ei pot fi extrem de periculoase pentru bebeluși și copii mai mici. Toate aceste obiecte trebuie ținute într-un loc sigur și supravegheate.
- Aveți grijă la nasturi și monede, fie ele și de jucărie, pentru că acestea pot reprezenta un pericol adevărat.

10 sfaturi pentru siguranța copilului:

1. Fiți conștienți de etapa de dezvoltare a copilului și de lucrurile de care acesta este capabil și supravegheați toate mesele lui.
2. Planificați înțărirea și introducerea alimentelor solide astfel încât să revină într-o perioadă potrivită pentru bebeluș. Dacă o faceți prea devreme, copilului îi pot lipsi abilitățile de a mesteca și înghiți mâncarea cum trebuie. Asistentul medicului de familie vă poate sfătui și vă poate îndrepta spre cele mai potrivite feluri de mâncare.
3. Asigurați-vă că oferiți copilului doar mâncăruri care au o textură și mărime adecvată. Întotdeauna tăiați mâncarea în bucățele mici. Nu oferiți prea multe bucățele sau felii în farfurie, copilul poate să le pună pe toate în gură în același timp! Evitați mâncăruri tari și crocante și evitați nucile/alunele. Niciodată nu lăsați copilul să arunce mâncarea și să încerce să o prindă în gură.
4. Faceți astfel încât luarea mesei să fie o activitate în sine, când toată lumea se bucură de mâncare. Nu transformați masa în activități de joacă. Supravegheați copilul atunci când mănâncă și nu-l lăsați singur. Toate mesele trebuiesc luate stând la masă, nu din mers sau în picioare. Merită să investiți timp și efort într-o rutină sănătoasă de luare a mesei.
5. Uitați-vă la toate jucăriile copilului și întrebați-vă, pe rând, dacă fiecare dintre ele este potrivită pentru vârsta și etapa de dezvoltare a copilului. Verificați dacă nu cumva părțile mărunte pot fi rupte de pe jucăriile de pluș, elemente precum ochi sau nasturi pot fi rupte ușor.
6. Dacă descoperiți jucării stricate sau rupte, îndepărtați-le.
7. Unele obiecte nu sunt jucării. Copiii le plac deseori baloanele, dar acestea trebuiesc ținute la distanță, doar în calitate de decor.
8. Dacă aveți copii de vârste diferite, asigurați-vă că aceștia au acces numai la jucării sigure atunci când sunt împreună. Atunci când se joacă separat, fiecare poate avea jucăriile potrivite – biluțele sau mărgelile pot fi foarte distractive pentru copii de 6 ani, dar foarte periculoase pentru cei de doar 2 anișori.
9. Verificați locuința. Atunci când copilul mic explorează prin casă, care sunt obiectele care îi pot atrage atenția? – Nasturi și butoni de pe mobilă, bijuterii purtate de oameni, cercei, mărgelile, care pot fi smulse și luate în gură de către copil, pixuri și creioane.
10. Încercați să vă puneți în genunchi sau chiar în patru labe, pentru a vedea împrejurimile din perspectiva copilului. Vedeți care sunt obiectele care îl pot atrage, fie că sunt prin casă, la oamenii care vin în vizită sau la alți copii.

SECURITATEA MEDIULUI CASNIC - CĂDEREA DE LA ÎNĂLȚIME

Căderile de la înălțime sunt cauze frecvente ale accidentelor casnice. Este important să fiți conștient de pericolele prezentate de scări, scaune înalte și măsuțele utilizate pentru schimbarea scutecelor.

Respectați sfaturile:

- Amintiți-vă că și copiii mici se pot răsuci suficient pentru a cădea de pe o suprafață ridicată.
- Întotdeauna fixați bebelușul Dumneavoastră în scaunul înalt în timpul hrănirii. Copiii mici repede învață să se scoată din scaun, dacă nu sunt legați, astfel este ușor pentru ei să se răstoarne.
- Schimbarea copilului pe podea este cel mai sigur mod de a evita o cădere accidentală, dar dacă preferați să folosiți o masă în acest scop, asigurați-vă că nu vă lăsați niciodată copilul nesupravegheat, chiar și pentru un moment. Asigurați-vă că aveți scutece și șervețele aproape de mână Dvs. Evitați utilizarea altor suprafețe ridicate (cum ar fi un pat) pentru a schimba copilul.

- Montați porțițe pentru scară în partea superioară și inferioară a scărilor Dvs. imediat ce bebelușul Dvs. începe să se târască și nu lăsați niciodată pe scări obiecte cum ar fi jucăriile sau cărțile.
- Pe măsură ce copiii voștri cresc, descurajați-i să se joace pe scări. Amintiți-le să păstreze scările fără jucării, cărți și alte obiecte.
- Păstrați scările în stare bună, asigurându-vă că balustradele sunt sigure.
- Țineți ferestrele și ușile de la balcon închise atunci când copilul se află în încăpere. Fiți atenți la plasele pentru țânțari: acestea nu se închid ermetic – se deschid când te sprijini în ele!
- Nu permiteți niciodată copilului să se poată urca la fereastră.
- Pătuțul copilului Dvs. ar trebui să fie poziționat departe de fereastră.
- Descurajați copilul să urce pe mobilier și asigurați-vă că obiectele grele – cum ar fi bibliotecile, dulapurile ș.a. – sunt fixate de perete, astfel încât nu pot fi trase de copil.
- Aveți grijă cu trambuline și alte echipamente de joacă în aer liber.
- În special trambulinele ar trebui să fie utilizate cu prudență, mai ales pentru copiii sub 6 ani, care sunt cei mai expuși riscului să se rănească atunci când se joacă pe ele. Asigurați-vă că doar un singur copil se joacă pe trambulină în același timp.
- Asigurați-vă că copilul poartă întotdeauna o cască atunci când utilizează un scuter sau bicicleta.

RĂMÂNEȚI ÎN SIGURANȚĂ LA SOARE

Siguranța la soare este vitală, în special pentru bebeluși și copii care au pielea delicată și care sunt predispuși la arsuri

Protejarea copiilor de efectele nocive ale soarelui diminuează riscul de cancer de piele, care se poate dezvolta mai târziu. Urmăriți tot timpul regulile de mai jos:

– ***Stați numai la umbră între orele 11:00 și 15:00.***

– ***Asigurați-vă că nu vă ardeți.***

– ***Purtați tricou, ochelari de soare și pălărie sau chipiu.***

– ***Fiți deosebit de atenți cu copiii.***

– ***Folosiți cremă de soare cu factor de protecție 15 sau mai mult.***

- Copiii mici necesită o atenție sporită. Dacă aveți un copil mai mic de 6 luni, feriți-l de razele directe ale soarelui, în special în mijlocul zilei, când soarele este cel mai periculos.
- Întotdeauna protejați pielea copilului cu o cremă de soare și asigurați-vă că acesta poartă o pălărie în zilele călduroase. Când este cald, chiar dacă cerul este înnorat, folosiți crema protectoare.
- Este necesar să folosiți o cremă protectoare cu un factor de protecție de cel puțin 15. Dacă plecați în străinătate, în locuri cu climă mai caldă, trebuie să folosiți o cremă cu un factor de protecție și mai mare, special făcută pentru copii. Verificați termenul de valabilitate al cremei – dacă e deschisă de mai mult de 6 luni, aceasta nu va oferi protecția maximă. Mai bine cumpărați o cremă nouă dacă aveți dubii.
- Căutați o cremă care oferă protecție pentru razele UVA, dar și cele UVB și aplicați-o generos. Orice parte a corpului cu pielea expusă trebuie acoperită cu cremă – nu uitați urechile, tălpile, mâinile și ceafa. Crema protectoare trebuie reaplicată pe parcursul zilei.
- Umerii și ceafa sunt părțile cele mai expuse la arsuri și merită o atenție sporită. Dacă sunteți pe plajă și copilul se joacă la soare fără tricou, acoperiți-l în cea mai călduroasă parte a zilei sau dacă vedeți că are pielea roz. Folosiți un tricou mai larg sau o pelerină specială de soare.

- Invitați copilul să se joace la umbră între orele 11:00 și 15:00, când soarele este cel mai puternic. Dacă sunteți într-o vacanță, folosiți acest timp ca să luați masa la umbră sau să lăsați copilul să doarmă la prânz. Copiii mai mari se pot juca în continuare, atâta timp cât se află la umbră – aflarea în razele directe ale soarelui în această parte a zilei, fie în nisip, în apă sau la piscină înseamnă expunere la riscul de arsuri, chiar dacă folosiți cremă protectoare.
- Folosiți o cremă de soare rezistentă la apă dacă copilul înoată sau se joacă în apă și reaplicați crema de fiecare dată când acesta iese din apă.
- Și ochii pot suferi în lumina soarelui, așa că este important să îi protejați cu niște ochelari de soare. Când alegeți ochelari, fiți atenți la semnele de pe etichetă – aceasta trebuie să conțină ambele marcaje: **BSEN 1836:2005 și CE**.
- Unele creme de soare pot agrava afecțiunile pielii precum eczema, așa că dacă copilul dumneavoastră are astfel de afecțiuni, verificați cu grijă ingredientele cremei, ca să evitați substanțele la care copilul este alergic. Aplicați crema pe o suprafață mică. Dacă aceasta nu cauzează iritație, în primul rând aplicați un emolient sau o cremă cu steroizi (pe care o folosiți uzual), așteptați 30 de minute și apoi aplicați crema protectoare.

SECURITATEA MEDIULUI CASNIC - SIGURANȚA CĂLĂTORIEI CU AUTOMOBILUL

Toți copiii trebuie să folosească un scaun auto până la vârsta de 12 ani sau 135 cm înălțime – aceasta este o cerință legală. Centura de siguranță nu va fi potrivită pentru copilul Dvs. până când el nu va ajunge la această înălțime. Conform recomandărilor unor societăți pentru prevenirea accidentelor (Royal Society for the Prevention of Accidents), trebuie să așteptați până când copilul ajunge la înălțimea de 150 cm, pentru a trece de la scaunul auto la un scaun obișnuit de mașină.

- Este important să folosiți tipul corect de scaun auto pentru copilul Dvs. conform greutateii; dacă folosiți un scaun care nu este potrivit, acesta nu poate pe deplin să protejeze copilul Dvs. atunci când călătoriți. Utilizarea unui scaun auto de dimensiune corectă va asigura prevenirea aruncării copilului în interiorul mașinii Dvs. sau rejectarea din ea în caz de accident. Scaunele auto absorb, de asemenea, o parte din impactul unei coliziuni.
- Nu faceți în grabă achiziționarea unui scaun auto. Luați copilul și mașina cu Dvs. când cumpărați scaunul auto, astfel încât să puteți obține sfaturi de încredere de la comercianții-experti. Multe unități comerciale au consultanți cu experiență specială în siguranța scaunului auto, care au fost instruiți pentru a alege și a regla scaunele auto.
- Dacă veți cumpăra scaunul on-line, va trebui să vă potriviți singur scaunul auto, uneori veți constata că scaunul pe care l-ați cumpărat nu este unul potrivit.
- Nu cumpărați un scaun auto la mâna a doua. Uneori greu se pot vedea semnele de uzură la un scaun de mâna a doua, în plus, nu puteți fi siguri de „istoricul” acestuia (s-ar putea să fi fost implicat într-un accident și ar putea fi deteriorat, chiar dacă acest lucru nu este vizibil). În plus, un scaun de mâna a doua ar putea să nu aibă instrucțiuni clare de montare.
- Dacă vi s-a oferit un scaun de mașină folosit anterior de către un prieten sau o rudă, acceptați-l numai în cazul în care sunteți sigur de „istoricul” acestuia și dacă scaunul are instrucțiuni clare de montaj.

Atunci când alegeți scaunul pentru mașină, utilizați următoarele linii directoare:

- Bebelușii de până la 13 kg trebuie să utilizeze un scaun auto pentru copii orientat spre spate.

- Copiii de la 9 kg la 18 kg trebuie să utilizeze un sistem de reținere (scaun auto) care ar limita pe cât posibil mișcarea capului înainte în cazul unui impact frontal și să ofere protecție mecanică în cazul unui impact lateral. Centurile și hamurile trebuie alese și adaptate pe măsura copilului (în raport cu înălțimea și talia micuțului).
- Copiii cu o greutate de la 15 kg la 25 kg trebuie transportați într-un scaun înălțător cu spătar, care este utilizat, de regulă, până când copilul depășește înălțimea de 145 cm.
- Copiii cu o greutate de peste 22 kg pot folosi o pernă de înălțare sau înălțătorul fără spătar, care este creat pentru copii cu o greutate între 22 și 36 kg (aproximativ de la 6 la 12 ani, în funcție de înălțimea și masa corporală a copilului). Sistemul de adaptare înalță copilul astfel încât centurile de siguranță ale vehiculului să fie utilizate corect, trecând în partea de sus peste umăr prin zona toracelui (și nu prin dreptul gâtului), iar în partea inferioară – peste pelvis.

La alegerea unui scaun auto pentru micuț trebuie să țineți cont de greutatea și înălțimea copilului (nu de vârstă). De asemenea, este bine să țineți cont de construcția mașinii, astfel încât scaunul auto să fie instalat corect în mașină.

- Ori de câte ori este posibil, scaunele auto trebuie montate în partea din spate a mașinii, mai degrabă decât în față. Aveți posibilitatea să potriviți scaunele auto în față dacă este absolut necesar, dar NICIODATĂ nu potriviți un scaun auto față în față fără a dezactiva airbagurile.
- Copilul dumneavoastră trebuie să călătorească întotdeauna în scaunul auto, indiferent cât de scurtă este călătoria.
- Mulți copii trec printr-o fază de încercare de a-și desființa hamul care poate fi o adevărată îngrijorare pentru părinți. Asigurați-vă că copilul Dvs. poate vedea cum călătoriți întotdeauna cu centura de siguranță proprie, asigurată cu atenție.
- Dacă mașina Dvs. este implicată într-un accident, ar trebui să înlocuiți scaunul copilului, chiar dacă nu există semne vizibile de deteriorare. Asigurarea Dvs. ar trebui să acopere achiziția unui înlocuitor.

UN SOMN MAI SIGUR PENTRU BEBELUȘ

Mulțumită unei campanii de informare din anii '90, numărul de morți subite la bebeluși a scăzut cu 75%. Totuși, 300 de bebeluși își pierd viața anual în Marea Britanie, fără motive vizibile. Fenomenul poartă numele de Sindromul morții subite la sugari (SMSS).

Chiar dacă nu există un motiv unic care să ducă la declanșarea sindromului, experții au identificat factori de risc și câteva măsuri preventive, pe care trebuie să le ia părinții ca să se asigure că sugarii dorm în siguranță.

Mai jos prezentăm un ghid, care vă va ajuta să practicați cele mai sigure obiceiuri de somn:

- Studiile arată că alăptarea poate să reducă riscul SMSS. Se recomandă alăptarea sugarilor până la vârsta de 6 luni, întrucât probabilitatea SMSS scade după acest prag.
- Mereu culcați sugarul pe spate, cu fața în sus – nu pe burtică sau pe o parte, cu excepția cazului în care aveți recomandarea explicită a medicului de a face altfel. Un studiu major arată că bebelușii care dorm pe burtică sunt expuși la un risc de SMSS de 6 ori mai mare decât bebelușii care dorm pe spate. Somnul pe o parte, de asemenea, sporește riscul. Nicio cercetare nu a identificat un risc de sufocare pentru sugarii care dorm cu fața în sus.
- Este periculoasă folosirea plăpumilor, a pernelor voluminoase, a bureților protectori sau a pernelor de poziționare pentru pătuțul copilului. Folosiți doar un cearșaf și o păturică, fără obiecte în plus. Poziționați sugarul cu piciorușele la marginea patului și mereu păstrați fața și

capul copilului descoperite. Folosiți o saltea rezistentă la apă, fermă, plată și în condiție bună. Nu lăsați căciulița pe capul sugarului în timpul somnului în interior, acasă.

- Departamentul de Sănătate afirmă că cel mai sigur loc de somn pentru un sugar este un pătuț separat, în aceeași cameră în care dorm și părinții, pentru primele 6 luni de viață. Acest sfat se aplică și pentru somnul pe timp de zi.
- Nu lăsați copilul să doarmă în scaunul auto pentru bebeluși. Când vă întoarceți acasă după o călătorie cu mașina, transferați copilul din scaunul auto în pătuț.
- Niciodată nu dormiți pe canapea sau în fotoliu împreună cu sugarul, pentru că acest comportament crește considerabil riscul SMSS.
- Corelația dintre SMSS și somn împreună cu sugarul (fie că e în pat, pe canapea sau pe scaun) crește dacă părinții sau unul dintre părinți este fumător, chiar dacă acesta nu fumează în prezența copilului sau în casă. În plus, riscul crește dacă oricare dintre părinți a consumat alcool sau a luat medicamente care induc stare de somnolență. Pe lângă aceasta, riscul este ridicat pentru bebelușii cu greutate mică la naștere (sub 2,5 kg) și/sau copiii născuți prematur.
- Asistenții și medicii de familie înțeleg că somnul împreună cu bebelușul poate să se întâmple neintenționat. Nu vă rușinați să discutați acest subiect cu ei, pentru a vă asigura că faceți cele mai informate și sigure alegeri care țin de somnul sănătos al sugarului.
- Verificați regulat somnul copilului, pentru a vă asigura că lui nu îi este prea cald. Atingeți sugarul pe burtică, pentru că mânuțele lui sunt deseori mai reci. Păstrați o temperatură de 16-20°C în camera în care doarme bebelușul.
- Există studii care sugerează că bebelușii care adorm cu suzetă (biberon) sunt expuși la un risc mai mic de SMSS.

ÎNȚELEGEREA SOMNULUI PENTRU COPII MAI MARI

Un somn adecvat este esențial pentru bunăstarea și sănătatea copilului. Copiii care nu dorm suficient sunt irascibili, supărați și pot fi hiperactivi. Insuficiența de somn le afectează creșterea, sănătatea, dezvoltarea și sistemul imunitar, dar și concentrarea, creativitatea verbală, gândirea abstractă și capacitatea de învățare.

- Mulți copii nu dorm suficient. În medie, copiii de 2 ani au nevoie de o oră și un sfert de somn în timpul zilei, pe lângă 11 ore și 45 de minute pe timp de noapte; la 5 ani, copiii, de regulă, au nevoie de 11 ore de somn în timpul nopții.
- Nevoile de somn ale copiilor sunt diferite și există multe manifestări ale normalității. Unii copii dorm mai mult decât alții. Numărul de ore de somn de care are nevoie copilul variază de la zi la zi și depinde de mai mulți factori, precum boala, creșterea sporită sau un salt în dezvoltare.
- Dacă observați că seara copilul nu poate să adoarmă, asigurați-vă că acesta nu doarme prea mult în timpul zilei.
- O rutină calmantă și regulată ajută copiii care adorm mai greu. Pentru copiii care adorm târziu, încercați să începeți rutina de a merge la culcare cu 30 de minute mai devreme, timp de câteva zile. Odată ce ați stabilit rutina, încercați să o mutați în fiecare zi cu 10-15 minute mai devreme. Lăsați copilul să se obișnuiască, înainte să încercați să-l faceți să se culce cu alte 10-15 minute mai devreme. Repetați acest ciclu atât cât e nevoie, până copilul începe să adoarmă la o oră rezonabilă.
- Mâncarea pe care o consumă copilul influențează somnul. Pentru a stimula somnul, oferiți copilului mâncare bogată în triptofan după-amiaza. Acest compus stimulează secreția de

melatonină, hormonul somnului. Mâncărurile potrivite pot fi: carne de curcan, paste, pește gras precum tonul, somonul și macroul, legume cu frunze verzi, leguminoase precum linte sau fasole, semințe, banane și pâine.

- Preparatele care includ carbohidrați, de asemenea, încurajează somnul.
- Calciul are un efect calmant, ceea ce face ca un pahar de lapte cald să fie o băutură perfectă înainte de somn. Evitați mâncăruri bogate în proteine care stimulează dopamina și lăsați să treacă cel puțin 2 ore după consumul unor astfel de preparate, încât copilul să digere mâncarea înainte să se culce.
- Hotare clare și ferme ajută copilul să se simtă în siguranță. Stabilirea unei ore de culcare și a unei rutine premergătoare somnului ajută copilul să se pregătească de ora somnului. Aceasta îi permite să se liniștească și poate fi o perioadă bună pentru a petrece timp în doi împreună cu copilul. Ultima preparare pentru momentul somnului trebuie să se întâmple chiar în patul copilului.
- O noptieră cu lumină slabă poate să ajute copiii care se tem de întuneric. Alternativ, puteți să lăsați o lumină aprinsă în exteriorul camerei în care doarme copilul, lăsând ușa întredeschisă pentru a diminua anxietățile legate de întuneric.
- Un obiect familiar poate să ajute copilul să adoarmă, precum o jucărie de pluș sau plapuma preferată. Studiile arată că astfel de obiecte îi fac pe bebeluși și pe copiii mici să se simtă confortabil, ceea ce îi ajută să adoarmă de unii singuri.
- Un calendar care să arate progresul poate să ajute copiii cu stabilirea unei rutine. Acesta funcționează cel mai bine pentru copiii de peste 3 ani. Un astfel de calendar poate fi folosit pe termen scurt, pentru a număra zilele în care copilul a dormit toată noaptea în pătuțul lui sau în care nu s-a trezit de prea multe ori pe timp de noapte. Este important ca după atingerea unui prag vizibil în calendar copilul să primească o mică recompensă.
- Experții în domeniul somnului nu recomandă copiilor să se uite la televizor sau să fie implicați în alte activități care implică ecrane sau monitoare cu 30-60 de minute înainte de ora somnului. Astfel de activități afectează calitatea somnului și pot îndepărta momentul adormirii. Uneori merită să supravegheați programele la care se uită copilul la TV, întrucât chiar și unele emisiuni pentru copii pot avea un conținut nepotrivit.
- Nu se recomandă instalarea unui televizor în camera în care doarme copilul, pentru că aceasta nu încurajează un somn sănătos. Este preferabilă o poveste de noapte bună citită împreună înainte de somn.
- Pentru orice îngrijorări legate de somnul întrerupt, adormire târzie sau insomniile copilului este bine să discutați cu Asistentul medicului de familie. Acesta vă va ajuta cu sfaturi concrete, astfel încât copilul, împreună cu toată familia, să se bucure de un somn sănătos.

PROMOVAREA UNOR OBICEIURI SĂNĂTOASE ALE SOMNULUI

Un regim de somn regulat și previzibil îi ajută pe bebeluși și pe copii să meargă fericiți la culcare. Un astfel de regim este deosebit de important pentru copiii neliniștiți, care refuză să se culce.

O rutină a somnului asigură confort, liniște și continuitate și îi face pe bebeluși și pe copii să se simtă în siguranță.

- Un ritm regulat al somnului ajută la reglarea ceasului intern, așa-numitele cicluri circadiene. Aceste cicluri determină tiparele noastre de somn, ca reacție la lumină și întuneric, ceea ce înseamnă că este foarte important să păstrăm lumina stinsă în timpul somnului. Cercetările arată că mersul la culcare la aceeași oră îi face pe copii să adoarmă mai ușor și mai repede, ceea ce îi

face pe părinți mai fericiți și mai calmi.

- Ar trebui să te pregătești de ora somnului cu 30 de minute înainte de ora la care copilul adoarme de obicei.
- Ultima pregătire pentru somn ar trebui să se desfășoare în pătuțul copilășului. Acest lucru este important, pentru că el trebuie să învețe că pregătirea pentru somn este ceva ce precede somnul în fiecare seară. Mențineți ora somnului zi de zi și nu cedați cererilor copilului ("Încă 5 minute te rog!").
- Se recomandă ca după sărutul de noapte bună părintele să iasă din cameră și să lase copilul să adoarmă singur. Adormirea de unul singur este o abilitate importantă, pe care trebuie să o deprindă toți copiii, astfel încât să nu fie dependenți de prezența părintelui în cameră în momentul adormirii.
- Evitați activitățile și jocurile care ar putea să agite copilul înaintea orei somnului. Pregătirea pentru somn trebuie să fie un timp calm, de relaxare pentru toată lumea. Acesta este un moment bun pentru a petrece timp în doi cu copilul.
- Baia este un loc bun pentru a face tranziția spre dormitor. Este mult mai ușor să încurajezi copilul să meargă la culcare după ce face baie, pentru că acesta este un spațiu mai puțin interesant, comparat cu camera de zi unde ar putea să fie frați, jucării, celălalt părinte sau un televizor aprins.
- Asigurați-vă că zi de zi se respectă aceeași rutină. Aceasta ar putea să includă spălatul la baie, curățatul dinților. După ce s-a spălat pe dinți, nu lăsați copilul să mănânce sau să bea altceva decât apă. După aceea vă puteți îndrepta spre pătuț pentru o poveste de noapte bună, un sărut, o mângâiere, apoi lăsați copilul să adoarmă singurel.
- Un zgomot de fundal ajută la somn. Un astfel de zgomot ar putea să fie o combinație de sunete ritmice, repetate, care să acopere zgomotele care ar putea să încurce copilul să doarmă. Niște sunete moi, precum zgomotul ploii, susurul apei, al valurilor sau bătăile inimii unui părinte, de regulă, funcționează bine.
- Culcare târzie și un regim haotic îl va împiedica pe copil să învețe. Un somn suficient de lung este important pentru dezvoltare, iar lipsa somnului îi afectează concentrarea, creativitatea verbală, gândirea abstractă și abilitatea de învățare. Un studiu realizat în 2013 în Marea Britanie pe 11.000 de copii a arătat că cei care aveau un regim de somn insuficient și neregulat aveau rezultate mai slabe la matematică, citit și orientare în spațiu.
- Un părinte care rămâne calm și relaxat în timpul pregătirilor dinaintea somnului ajută copilul să adoarmă mai bine. Bebelușii și copiii simt imediat starea părinților, așa că o atmosferă tensionată sau un conflict acasă poate afecta abilitatea lor să se culce ușor. Trageți aer în piept de câteva ori și asigurați-vă ca voi, în primul rând, dormiți suficient. Dacă sunteți stresați sau supărați, cereți ajutorul. Vă puteți adresa Asistentului medicului de familie dacă observați că anxietatea sau neliniștea voastră afectează regimul de somn al copilului.
- Țineți minte că nu toți bebelușii au un somn de noapte neîntrerupt la 6 luni, iar dacă bebelușul vostru nu a reușit să adopte un regim regulat de somn, nu este pentru că ați făcut ceva greșit. Dacă suferiți în continuare de la nopți cu somn întrerupt, Asistentul medicului de familie vă poate ajuta cu sfaturi și strategii pentru un somn mai bun pentru toată lumea.

EFECTUL FUMATULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII COPILULUI

Dacă un sugar locuiește într-o casă unde unul sau mai mulți oameni fumează, se dublează riscul de deces brusc prin sindromul de moarte subită a sugarului.

Astfel, **acțiunea nocivă a fumului de țigară asupra copilului crește riscul de a face:**

- sindromul de moarte subită a sugarului;
- wheezing (respirație zgomotoasă specifică) și tuse;
- astm bronșic;
- infecții ale urechii;
- infecții respiratorii;
- meningită bacteriană.

Inhalarea fumului de țigară în timpul gravidității poate, de asemenea, să dăuneze copilului înainte de a fi chiar născut. Când viitoarea mamă inhalează fumul de țigară, ea inspiră inclusiv gudron și monoxid de carbon, care sunt gaze otrăvitoare. Aceste substanțe chimice atât acționează asupra sănătății gravidei, cât și provoacă o gamă largă de probleme de sănătate pentru viitorul bebeluș. Copiii sunt deosebit de vulnerabili la efectele fumatului „pasiv”. Dacă cineva fumează lângă D-voastră atunci când sunteți însărcinată, atât D-voastră, cât și fătul sunteți expuși inhalării și acțiunii chimicalelor și a gazelor dăunătoare prezente în fumul de țigară.

Fumatul în timpul sarcinii crește riscul:

- de naștere prematură a bebelușului;
- nașterii unui copil cu masă mică;
- de avort spontan;
- de hemoragii;
- sindromului de moarte subită a sugarului.

Atât D-voastră, cât și viitorul copil doar veți beneficia, dacă renunțați la fumat înainte de a rămâne gravidă. Cu toate acestea, dacă nu ați reușit să încetați fumatul până la graviditate, pentru beneficiul copilului D-voastră, renunțați la fumat în orice moment al sarcinii. Încetarea fumatului este cea mai importantă decizie, pe care o puteți lua pentru a vă îmbunătăți sănătatea D-voastră și a viitorului copil. În mod ideal, ar trebui să încercați să renunțați la fumat fără aplicarea terapiei de substituție a nicotinei. Dacă, totuși, nu reușiți, atunci puteți recurge la aplicarea terapiei de înlocuire a nicotinei în scopul renunțării la fumat, care are mai puține riscuri asupra sănătății D-voastră și a viitorului copil. Apelați la lucrătorii medicali pentru sfaturi și susținere.

Dacă aveți deja copii și vă îngrijorați de efectul fumatului asupra sănătății acestora, începeți prin a face mici schimbări:

- asigurați-vă să nu se fumeze în încăperi (cameră, casă), iar persoana care fumează să meargă afară și să nu fumeze în prezența copilului;
- fumatul în altă cameră sau într-o cameră cu geamul deschis nu este suficient pentru a asigura buna sănătate a copilului.

Singura modalitate de a vă proteja copilul de riscurile pentru sănătate cauzate de fumat este de a renunța la fumat și a nu permite altor persoane să fumeze în preajma copilului. Începeți prin a elimina toate scrumierele din casa D-voastră și din mașină. Apoi puneți în casă un semn „aici nu se fumează!”, pentru a le reaminti și vizitatorilor.

Beneficiile încetării fumatului sunt foarte clare, dar fără sprijin din partea familiei poate fi foarte dificil. Vorbiți cu familia și prietenii despre motivul pentru care faceți acest lucru și despre felul cum vă pot ajuta. Având încurajarea și sprijinul celor din jur, veți reuși să protejați sănătatea D-voastră și a copiilor de efectele nocive ale fumului de țigară.

DEPRINDEREA LA OLIȚĂ

Momentul când renunți la scutece este cel mai dificil atât pentru tine, cât și pentru copil, deoarece presupune multe provocări și eșecuri, dar amintiți-vă că aceasta este o abilitate de dezvoltare!

Din momentul în care micuțului i se cere să controleze propriul corp, începe lungul proces al disciplinării.

Etapă de pregătire

Între 18 și 24 de luni vine timpul să-l deprindeți pe copil cu olița. Chiar dacă nu presupune efectiv folosirea oliței, această etapă este esențială în crearea unei atitudini pozitive și în trezirea interesului copilului pentru oliță. În această etapă micuțul trebuie să se familiarizeze cu ideea că va folosi olița și cu procesul de a merge la toaletă.

Când sunteți gata să începeți antrenamentul la toaletă, alegeți un moment în care puteți fi acasă și lucrurile vor fi calme și relaxate. Dacă sunteți ocupată sau aveți alte probleme cu care vă confrunțați, ar fi bine să așteptați până ce veți avea suficient timp pentru a vă dedica procesului.

Inițierea antrenamentului de toaletă în timpul lunilor de vară poate contribui la minimizarea stresului și a frustrării pentru dvs. și copilul dvs. De obicei, copilul vara poartă mai puține haine și chiar dacă acestea se udă, repede se usucă.

Iată ce obiective este bine să atingi în această etapă:

- De la vârsta de 18 luni, copilul dvs. va fi conștient că are un scutec umed sau murdar. El începe să recunoască senzația de a se urina și pe măsură ce crește poate să vă spună că trebuie să meargă la oală. Mulți părinți încep să se gândească la pregătirea pentru toaletă a copilului lor între 18 și 24 de luni, dar nu uitați că toți copiii sunt diferiți și că nu există timp pentru a începe procesul.
- **Ajută-l să facă diferența între umed și uscat.** Unul din semnele că micuțul este pregătit să renunțe la scutece este când îl deranjează să fie ud și îți cere să-l schimbi. Ca să facă mai bine diferența între umed și uscat, atingeți rând pe rând obiecte uscate și umede, cerându-i să le recunoască pe cele umede. Arată-i că este mai confortabil să fii uscat decât ud.
- **Învață-l să anunțe când face pipi sau caca.** Înainte de a începe obișnuirea cu olița, este important ca el să îți semnalizeze prin cuvinte că va face pipi sau caca. Mai întâi tu vei fi cel care va observa când se pregătește să facă și care îl va anunța și pe el. Aveți grijă de anumite semne precum mersul pe jos într-o manieră amuzantă sau mergând undeva liniștit, are tendința de a se ascunde – toate acestea indică faptul că bebelușul dvs. este conștient că este pe punctul de a merge la toaletă și sunt indicii pe care copilul dvs. le arată.
- De asemenea, ați putea dori să schimbați scutecele pe lenjerie simplă, care poate fi trasă cu ușurință în sus și în jos în timp ce începeți să vă antrenați la oală. Utilizarea pe măsura creșterii a „pantaloniilor de antrenament” poate fi, de asemenea, o modalitate bună de a construi încrederea copilului dvs. De asemenea, „pantalonii traineri” îi permit copilului dvs. să se simtă umed și îl vor ajuta să învețe să recunoască semnalele vezicii urinare.
- **Familiarizează-l cu procesul de a merge la toaletă.** Cea mai simplă cale de a face asta este să-l lași să te observe când mergi la toaletă (dacă nu te simți inconfortabil să îl lași să vină cu tine). Înainte să mergi la baie, anunță-l care sunt semnele că ai nevoie, apoi întreabă-l ce urmează după (să tragi apa, să te speli pe mâini etc.).
- **Obișnuiește-l cu olița.** Oferă-i olița ca pe un obiect nou, interesant, numai pentru el (știind că la această vârstă copiii sunt foarte posesivi și dornici să aibă lucruri numai ale lor). Dacă vrea, personalizați împreună olița cu abtibolduri sau altceva. Apoi așează olița în baie, ca el să se obișnuiască cu prezența ei. Explica-ți ce este aceasta și încuraja-ți copilul să se joace cu olița,

pentru ca să se obișnuiască cu acest obiect nou înainte de a începe antrenamentul.

- Încuraja-ți copilul să se așeze pe oală după fiecare masă. Chiar dacă nu face nimic, este o modalitate bună de a încuraja circulația intestinului, deoarece digestia este urmată de un reflex natural pentru a merge la toaletă. Ședința liniștită pe oală, poate cu o carte pe care să o privească, este o modalitate bună de a obișnui copiii.
- **Ia-ți măsuri de protecție.** Învățarea cu olița nu se va întâmpla peste noapte și vor exista multe eșecuri. Dacă antrenamentul pentru toaletă nu merge bine, încearcă să nu-ți faci griji. Lăsați-l pentru încă o lună și încercați din nou, luând-o mai încet și folosind un stimulent, cum ar fi o diagramă de recompensă (laude etc).

Învățând să folosească olița, micuțul tău va fi mândru că știe să se controleze și că își face părinții fericiți. Ajută-l să pornească cu dreptul!

VITAMINELE PENTRU COPII

Copiii, precum și adulții vor beneficia de vitamine suplimentar pentru bunăstarea, creșterea și dezvoltarea lor.

Ce sunt vitaminele A, C și D?

VITAMINA A este importantă pentru sănătatea generală a copilului, deoarece ajută sistemul imunitar să funcționeze, să lupte împotriva infecției; un rol important al acestei vitamine este în sistemul vizual, ea fiind necesară pentru o creștere și dezvoltare armonioasă și totodată este responsabilă pentru o piele sănătoasă.

Ce se întâmplă când copiii nu au vitamina A?

Pentru copii, nivelul scăzut de vitamina A poate provoca tulburări vizuale, probleme ale pielii și mucoaselor, incapacitatea organismului de a lupta împotriva infecțiilor.

Alimentele care sunt surse bune de vitamina A:

- brânza
- ouăle
- uleiul de pește
- untul
- laptele integral și iaurtul
- morcovii, cartofii dulci, caisele și mango
- dovleceii, spanacul, varza
- broccoli.

VITAMINA C

Este probabil cea mai populară vitamină. Ea este un antioxidant necesar pentru formarea collagenului. Ajută la vindecarea rănilor, previne distrugerea celulară, menține sănătatea gingiilor și a dinților și un sistem imunitar puternic. De asemenea, vitamina C ajută la absorbția fierului.

Care este riscul insuficienței de vitamină C?

Semnele de deficit de vitamina C includ: părul uscat și despicat; gingivita (inflamația gingiilor) și gingiile sângerate; pielea uscată, solzoasă; scăderea ratei de vindecare a rănilor, vânătăi ușoare; sângerări nazale și o capacitate scăzută de a preveni infecția. O formă severă de deficit de vitamina C este cunoscută sub denumirea de scorbut.

Alimentele care sunt surse bune de vitamina C:

- portocalele și sucul de portocale

- lămâile
- kiwi
- căpșunele
- broccoli
- spanacul
- roșiile
- ardeii roșii și verzi
- coacăza
- varza.

VITAMINA D

Ce este vitamina D?

Vitamina D este importantă deoarece ajută corpul să absoarbă calciul pentru a dezvolta și a menține oasele și dinții puternici. Insuficiența de vitamina D poate duce la oase fragile. În cazurile grave de deficiență de vitamina D se poate ajunge la cazuri de rahitism (1) la copii.

Vitamina D este cunoscută sub numele de „vitamina soarelui”, deoarece corpul nostru poate produce vitamina D de la soare. Când lumina soarelui atinge pielea noastră, razele ultraviolete B ale soarelui (UVB) sunt folosite pentru a produce vitamina D. Totuși, nu este posibil ca bebelușii să obțină vitamina D de care au nevoie de la soare.

De ce are nevoie bebelușul meu de vitamina D?

Bebelușul dvs. are nevoie de vitamina D pentru că:

- Pielea lui este foarte sensibilă la soare și nu ar trebui expusă direct la lumina soarelui.
- E posibil ca hrana copilășului (laptele de mamă, laptele pentru sugari sau mâncarea solidă) să nu conțină destulă vitamina D.
- La vârsta între 0 și 12 luni bebelușii cresc foarte repede și de aceea au o nevoie mai mare de vitamina D pentru a dezvolta oase puternice.

Alimentele care sunt surse bune de vitamina D:

- peștele – somon, sardine, păstrăv
- ouăle
- cerealele
- untul
- iaurtul.

Ce fel de vitamina D ar trebui să-i dau bebelușului tău?

Vitamina D3 (colecalciferol) este forma preferată de vitamina D pentru sugari. Vitamina D3 este un produs folosit sub formă lichidă, corespunzătoare pentru sugari și conține doar vitamina D3. Nu folosiți produse care conțin alte vitamine în plus de vitamina D (cum ar produsele de multi-vitamine).

Doza zilnică de vitamina D recomandată pentru copii:

Femeile însărcinate și mamele ce alăptează	10 µg
Naștere - 6 luni	8,5 µg
7 luni - 3 ani	7 µg

Recomandări

- Se recomandă ca toate mamele însărcinate și care alăptează să ia un supliment zilnic de 10 µg

de vitamina D. Este posibil să aveți un nivel mai scăzut de vitamina D dacă petreceți mult timp în interior.

- Este important să se mențină doza recomandată de vitamine menționată pe etichetă. Nu dați două suplimente în același timp, deoarece prea multe vitamine pot fi dăunătoare.
- Alimentația copilului conform vârstei, pentru a vă asigura că acesta primește o dietă echilibrată sănătoasă, care îl poate ajuta să se dezvolte bine.

Explicația unor termeni medicali

(1) Rahitism: oase fragile la copii. Poate duce la o diformitate gravă a oaselor cum ar picioare curbate și coloană vertebrală curbată.

COPII FERICIȚI, PĂRINȚI FERICIȚI

Sentimentele ne determină comportamentele – țineți minte că acțiunile copilului reprezintă un mod prin care acesta vă comunică cum se simte. Ajutați-vă copilul să-și recunoască și să denumască sentimentele: ești trist pentru că păpușa/mașinuța/jucăria ta preferată s-a stricat.

- Toate sentimentele sunt acceptabile, dar nu și toate comportamentele. Este derutant pentru copil atunci când mânia, tristețea sau gelozia lui sunt negate. Este important să-i transmiteți că toate sentimentele sunt acceptate. Copiii au nevoie ca toate sentimentele lor să fie recunoscute, atât cele pozitive, cât și cele negative.
- Orice comportament are un motiv. Încercați să vă aduceți aminte cum s-au desfășurat evenimentele, ca să vă dați seama cum s-a simțit copilul.
- Comportamentele cărora le acordăm mai multă atenție vor fi cele mai frecvente. Ignorați acțiunile cu care nu sunteți de acord, dar nu ignorați copilul. Distragerea atenției este un mod bun de a preveni evoluția unui comportament nepotrivit. Dacă un copil devine plângăcios, e posibil să-i fie foame, așa că îl puteți ruga să vă ajute să pregătiți masa.
- **Lauda este magică.** Observați comportamentele bune, comentați și lăudați copilul care este cuminte. Începeți prin a descrie comportamentul bun – „Acesta este un desen fantastic! Îmi place verdele pe care l-ai folosit pentru copaci!” sau „Îmi place simțul umorului pe care îl ai. Ești foarte special”.
- **Comunicarea este cheia.** Țineți minte că o mare parte din comunicarea noastră cu copiii este non-verbală – noi transmitem mai mult prin comportament și prin tonul vocii decât prin cuvinte. Lăudați copilul cu limbajul corporal și cu un ton cald al vocii. Cu timpul, copilul o să vă copieze.
- **Copiii au nevoie de constanță.** Copiii se simt în siguranță când părinții stabilesc niște reguli și ei înțeleg ce urmează. Asigurați-vă că aveți constanță și toți adulții casei respectă aceleași reguli (inclusiv bunicii).
- **Copiii mici au nevoie de adulți ca să se calmeze.** Bebelușii și copiii mici nu pot să-și reducă nivelul de stres de unii singuri – ei au nevoie de un adult calm și iubitor care să-i liniștească. Când micuțul trece printr-o criză de furie, el este invadat de hormonii stresului – o experiență înspăimântătoare și copleșitoare pentru copilul vostru, pe care acesta nu o poate controla. O atingere caldă din partea mamei sau a tatălui îl va ajuta să producă oxitocină (hormonul iubirii și al încrederii), care îl va ajuta să se simtă în siguranță, mai liniștit. O astfel de abordare pașnică este o metodă mai bună de a liniști copilul decât pedepsele precum trimisul „în colț”.
- **Aveți grijă de voi înșivă.** Nu uitați că și părinții au sentimente. Este foarte greu să păreți calm dacă sunteți stresat sau dacă sănătatea voastră emoțională are de suferit. Părinții sunt oameni și ei, uneori e bine să vă faceți un ceai și să stați de vorbă cu cineva, să vă faceți o baie fierbinte

sau să ieșiți la o plimbare.

Țineți minte că a cere ajutorul atunci când aveți nevoie nu este un semn al slăbiciunii, ci un semn al puterii.

- **Empatia** este asul din mânecă. Întotdeauna încercați să empatizați cu sentimentele pe care le manifestă copilul prin comportament. Dacă nu sunteți singuri, încercați să descrieți cu voce tare sentimentele pe care credeți că le trăiește copilul.

ÎNAINTE DE A LOVI UN COPIL, OPRIȚI-VĂ ȘI GÂNDIȚI-VĂ

Copiii de orice vârstă pot manifesta comportamente ce provoacă nemulțumirea și furia părinților, chiar și plânsetul unui sugar îi poate uneori înfuria pe părinți, mai ales dacă aceștia sunt obosiți sau stresați.

Este foarte important ca furia Dvs. să nu se răsfrângă asupra copilului. Anual mulți copii sunt loviți de către părinți, unii suportă leziuni grave, cu pericol pentru viață. Atunci când mama sau tatăl scutură un copil de vârstă mică, necunoscând că îi pot dăuna copilului, aceasta poate duce la leziuni severe și ireversibile ale creierului, iar uneori și la moartea bebelușului. De aceea medicii Vă avertizează: niciodată nu scuturați un copil mai mic de 2 ani. Când o persoană scutură cu putere un sugar, capul copilului se rotește incontrolabil, deoarece musculatura gâtului copilului nu este încă dezvoltată și oferă puțin sprijin pentru cap. Mișcările violente aruncă creierul copilului înainte și înapoi, rupând vasele de sânge și nervii din creier și dezorganizând țesutul cerebral. Creierul lovește partea interioară a craniului, producând hematoame și sângerări la nivelul creierului. Scuturarea determină deseori leziuni ireversibile. Copiii care supraviețuiesc pot avea: orbire parțială sau totală, pierderea auzului, crize convulsive, întârzieri în dezvoltarea psihomotorie, întârziere mintală severă, dificultăți de vorbire și învățare, probleme de memorie și atenție, paralizie. Chiar și în timpul jocului nu se recomandă scuturarea sau aruncarea copilului.

Părinții care provoacă leziuni propriilor copii nu sunt neapărat persoane rele. Sunt părinți care au nevoie de ajutor pentru a face față stresului determinat de îngrijirea celor mici. A fi părinte nu este un lucru ușor și prezența unor circumstanțe ca: dificultăți financiare, lipsa persoanelor apropiate în preajmă îngreunează și mai mult situația. Fiecare părinte trebuie să cunoască cum să-și stăpânească emoțiile când interacționează cu copilul. Atunci când copilul Vă provoacă dorință de a-l lovi, încercați să urmați sfaturile noastre.

Recomandări pentru părinți și îngrijitori:

- Opriți-vă! Gândiți-vă înainte de a face ceva.
- Duceți-l pe copil într-un loc sigur (puneți-l în pătuc, în altă cameră) și lăsați-l acolo până când Vă liniștiți.
- Respirați adânc, efectuați mișcări de inspir și expir lente, până când Vă simțiți mai bine.
- Leșiți afară sau în altă cameră pentru a Vă liniști.
- Telefonați unui prieten sau unei rude.
- Preparați-vă un ceai sau o cafea, așezați-vă, relaxați-vă.
- Ascultați melodiile preferate.
- Dacă sentimentul de furie nu trece, loviți perna.
- Analizați din ce cauză copilul Dvs. manifestă un așa comportament, străduiți-vă să anticipați acest comportament fără a-i provoca daune copilului.

Pedeapsa corporală nu este o soluție pentru corectarea comportamentelor nedorite ale copilului. Părinții recurg la bătaie pentru că nu cunosc strategii eficiente de comunicare cu copiii într-o manieră prietenoasă. Cea mai bună metodă de a disciplina copilul este de a-l priva de ceva ce îi place (jucărie, vizionarea desenelor animate) ca răspuns la un comportament nedisciplinat. Străduiți-vă să nu atrageți atenția la comportamentul nedisciplinat, „alintat” al copilului, el va înceta să se comporte în așa mod. Totodată nu uitați să menționați comportamentul pozitiv al copilului, lăudându-l în acest caz. Părinții/ îngrijitorii trebuie să înțeleagă că lucrul de părinte, ca oricare alt lucru important și responsabil, necesită prezența pauzelor pentru odihnă și relaxare.

SPRIJINIREA DEZVOLTĂRII COPILULUI DUMNEAVOASTRĂ

Cum va crește copilul meu?

- Fiecare copil se dezvoltă la rate diferite. Asistentul medicului de familie vă va sprijini și vă va încuraja să vă ajutați copilul să-și atingă potențialul. Este important ca acesta să vă monitorizeze copilul, astfel încât să poată oferi ajutorul timpuriu de care copilul dumneavoastră are nevoie pentru a atinge obiectivele specifice fiecărei etape de dezvoltare.
- Asistentul medicului de familie sau moașa vor monitoriza progresul dezvoltării copilului și creșterea în greutate în primele câteva săptămâni de viață. Puteți să vă adresați asistentului medicului de familie pentru idei despre cum să vă distrați copilul cu timp minim petrecut în fața ecranului. Bebelușii învață mai mult urmărind viața reală, ceea ce ajută să se dezvolte mușchii ochilor, pentru a putea să citească mai târziu.
- Asistentul medicului de familie vă va consulta dacă este nevoie să monitorizați mai des creșterea copilului.

Rolul asistentului medicului de familie

- Asistentul medicului de familie este un lucrător medical specializat, care urmărește sănătatea și bunăstarea întregii familii de la vizitele antenatale până când copilul dumneavoastră merge la școală, pentru a vă asigura că copilul dumneavoastră este pregătit pentru școală din punctul de vedere al dezvoltării, emoțional și social.
- În timpul evaluării dezvoltării copilului dvs., asistentul medicului de familie vă va întreba ce face copilul dvs. și despre orice preocupări pe care le aveți. Dacă copilul dvs. s-a născut prematur, vârsta de dezvoltare va fi calculată de la termenul nașterii, nu de la data la care s-a născut.
- Este o idee bună să vă gândiți la orice preocupări sau întrebări pe care le aveți înainte de vizita asistentului medicului de familie și să le notați, astfel încât să nu uitați nimic să întrebați.

Ajutați-l pe copil să-și atingă obiectivele

- Casa ta oferă oportunități minunate pentru dezvoltarea copilului. Timpul petrecut împreună cu copilul în joc sau implicarea lui în activități casnice îl ajută să învețe și să se dezvolte.
- Transformați tot ce faceți într-un joc, de exemplu:
 - Învățați culorile în timp ce puneți hainele în mașina de spălat.
 - Numărați în timp ce urcați scările sau aranjați masa.
 - Aruncați cubulețele pe podea, apoi plasați-le înapoi în cutie unul câte unul, aceasta îmbunătățește coordonarea ochilor cu mâinile și învață copilul să fie ordonat.
 - Oferiți-i copilului dvs. un castron de plastic cu ceva de amestecat în timp ce gătiți, de exemplu, o cantitate mică de făină.

- Vorbiți cu copilului permanent, spunți-i ce faceți și de ce, de exemplu, “Mami o să-ți pună farfuria în chiuvetă pentru a o curăța”, “Tata va fierbe morcovii, ca să fie suficient de moi ca să-i poți mânca” .
- Puneți paste uscate sau orez în sticle de băutură goale din plastic, pentru a face instrumente muzicale simple; cântecele și rimele sunt foarte bune pentru dezvoltarea vorbirii.
- În grădină încurajați-i să se joace cu pământ și apă, pentru a vedea cum se schimbă textura.

Sprijinul părinților

Toți părinții întâmpină greutăți legate de comportamentul copilului. Mai jos sunt date câteva reguli de bază, care ar trebui respectate pentru a combate un comportament problematic la copii:

- Faceți ceea ce credeți că va fi cel mai bine pentru copil, pentru dumneavoastră și pentru întreaga familie.
- Nu renunțați, odată ce ați stabilit că faceți ceva, nu vă lăsați. Copiii au nevoie de mult exercițiu până o abilitate învățată devine automată.
- Fiți consecvent, pentru a nu încurca copilul. Regulile clare ajută copiii să se simtă în siguranță.
- A fi părinte poate fi stresant. Încercați să nu dați frâu liber emoțiilor. Căutați alte moduri de a combate stresul și frustrarea, de exemplu, stând de vorbă cu alți părinți.
- Vorbiți cu copilul, copiii nu au nevoie să vorbească pentru a înțelege. Conversația de la naștere va ajuta copilul să învețe mult mai multe cuvinte și să înceapă să vorbească mai devreme.
- Fiți pozitivi în legătură cu lucrurile bune, spuneți-i copilului atunci când sunteți mulțumiți în legătură cu ceva ce a făcut. Lăudați comportamentele pe care vreți să le încurajați.
- Oferiți recompense, de exemplu, cuvinte de încurajare, precum “Bravo! Ai făcut foarte bine că ai pis jucăriile la loc atunci când te-am rugat”. Nu oferiți copilului recompensa înainte să facă ceea ce îl rugați. Aceasta nu este o recompensă, ci o mită.
- Evitați să-l loviți. O palmă probabil că va pune capăt unui comportament nepotrivit pe termen scurt, dar nu va avea un efect pozitiv pe termen lung.

Viața în familie

- Toate familiile se confruntă cu dificultăți pe măsură ce copiii cresc. Fie că este vorba de greutăți financiare, fie de trai în condiții deficitare, situații de doliu sau alte probleme, există servicii disponibile care vă pot ajuta.
- Asistentul medicului de familie va fi disponibil pentru vizite până când copilul va merge la școală.

Obținerea ajutorului timpuriu

- Toți părinții la un moment dat își fac griji în legătură cu dezvoltarea copilului. Important este să cereți ajutorul îndată ce ați observat o problemă. Pentru mulți copii, cu cât mai repede vine ajutorul, cu atât mai ușor ei recuperează întârzierea și se alătură celorlalți copii. Acest lucru este valabil în special pentru vorbire și mișcare.
- Dacă vă gândiți că o situație familială este cauza unei întârzieri în dezvoltare, este foarte important să acceptați ajutorul. De exemplu, frecventarea unui centru pentru copii în cazul în care locuiți în condiții dificile cu mai mulți oameni va oferi copilului spațiul de care are nevoie ca să învețe să meargă și să alerge. De asemenea, vă va oferi ocazia să vă relaxați și să comunicați cu alte mămici.

BIBLIOGRAFIA SELECTIVĂ

1. A health professional's guide for using the new WHO growth charts. Collaborative Statement from Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada and Community Health Nurses of Canada. *Paediatr Child Health*, 2010; 15 (2): 84-90.
2. Abandonul copiilor în Republica Moldova. Guvernul Republicii Moldova, UNICEF. Chișinău, Trigraf-Tipar, 2005 (F.E.P. „Tipogr. Centrală”), 140 p.
3. Agostoni C., Bergman R., Bresson J.-L. et al. Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants: EFSA panel on dietetic products, nutrition and allergies (NDA). *The EFSA Journal*, 2009; 7(12).
4. American Academy of Pediatrics Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 2005, 115(2): 496-506.
5. Amir L.H. and the Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. *Breastfeeding Medicine*, 2014; 9(5): 239-243.
6. Anghelescu C., Boca C., Ionescu M. Repere fundamentale în învățarea și dezvoltarea timpurie a copilului de la naștere la 7 ani. București, Vanemonde, 2010, 88 p.
7. Arenz S., Ruckerl R., Koletzko B. et al. Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2004, 28: 1247-1256.
8. Bachrach V.R., Schwarz E., Bachrach L.R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2003, 157: 237-243.
9. Beata Acs. Ghidul îngrijirii corecte a sugarului dedicat asistentelor medicale, 2012, 28 p. Disponibil la adresa: [www.protejamcopilaria.ro]. Accesat pe: 02.03.2018.
10. Breastfeeding and the Use of Human Milk. SECTION ON BREASTFEEDING. *Pediatrics*, 2012; 129: e827.
11. Bruce K.D., Hanson M.A. The Developmental Origins, Mechanisms, and Implications of Metabolic Syndrome. *The Journal of Nutrition*, 2010; 140(3): 648-652.
12. Bucov V., Melnic A., Țurcan L. Ghid de buzunar – activitatea de imunizare în medicina primară. Chișinău, 2014, 58 p.
13. Butte N.F., Lopez-Alarcon M.G., Garza C. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During the First Six Months of Life. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2002.
14. Campbell K.J. Hendrie G., Nowson C. et al. Sources and correlates of sodium consumption in the first 2 years of life. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2014; 114(10): 1525-1532.
15. Carbajal R., Veerapen S., Couderc S. et al. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomized controlled trial. *BMJ*, 2003; 326: 13.
16. Carnet de dezvoltare a copilului (agendă pentru familie). Chișinău, 2014, 160 p.
17. Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC). Disponibil la adresa: [<http://amicel.cnpac.org.md/raporteaza-un-caz-de-abuz>].
18. Chaparro C.M., Lutter C. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development, 2nd eds, Washington DC: Pan American Health Organization, 2013.
19. Chen A., Rogan W.J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States.

Pediatrics, 2004; 113(5): e435-9.

20. Chezem J., Friesen C., Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: Effects on actual feeding practices. *Journal of Obstetric and Neonatal Nursing*, 2004; 32(1): 40-47.
21. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 2002; 360: 187-195.
22. Daniels S.R., Jacobson M.S., McCrindle B.W. et al. American Heart Association Childhood Obesity Research Summit: executive summary. *Circulation*, 2009; 119(15): 2114-2123.
23. De Onis M., Garza C., Onyango A.W. et al. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatrica*, 2006; 95(450): 1-104.
24. De Onis M., Onyango A.W., Borghi E. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*, 2007; 85: 660-667.
25. De Onis M., Onyango A.W., Borghi E. et al. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*, 2012; 15(9): 1603-10.
26. Del Valle, Heather B. et al., eds. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. National Academies Press, 2011.
27. Demott K. et al. Routine postnatal care of women and their babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006.
28. Dewey K.G. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Pan American Health Organization, World Health Organization. Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program, 2003, 37 p.
29. Dewey K.G., Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Maternal & Child Nutrition*, 2011; 7(Suppl. 3): 5-18.
30. Ekstrom A., Widstrom A.M., Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*, 2003; 19(2): 172-78.
31. Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012; 90:139-149H.
32. Fitch A., Fox C., Bauerly K. et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents. Published July 2013.
33. Forster D.A., McLachlan H.L., Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. *J Midwifery Womens Health*, 2007; 52(3): 273-280.
34. Garza C., de Onis M. Rationale for developing a new international growth reference. *Food Nutr Bull*, 2004; 25: S5-14.
35. Gdalevich M., Mimouni D., Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr*, 2001; 139: 261-266.
36. Ghid clinic pentru neonatologie, Alimentația nou-nascutului la termen sanatos. Colecția ghiduri clinice pentru neonatologie. Ghidul 02/Revizia 0 7-8.12.2009, publicat de Asociația de Neonatologie din România, 2009, 73 p.
37. Ghid de comunicare pentru lucrătorii medicali. Vorbim cu părinții despre imunizare, elaborat

de Centrul Național de Sănătate Publică cu suportul UNICEF Moldova.

38. Ghid de prevenție. Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Probleme de nutriție, creștere și dezvoltare la copil: alimentația 0-2 ani, tulburările de creștere și dezvoltare, vol. 6, București, 2016, 94 p.
39. Ghid pentru părinți elaborat în cadrul Campaniei naționale „O casă fără pericole pentru copilul tău!”, REPEMOL, Chișinău, 2015.
40. Ghid pentru profesioniști. Cum putem preveni separarea copilului de părinți. UNICEF. Disponibil la adresa: [https://www.unicef.org/moldova/ro/12007_19381.html]
41. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health: 2016-2030.
42. Graber E., Rapaport R. Growth and growth disorders in children and adolescents. *Pediatric Annals*, 2012; 41(4): e65-e72.
43. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* [pocket guide]. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
44. Harder T., Bergmann R., Kallischnigg G. et al. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A MetaAnalysis. *Am J of Epidemiol*, 2005; 162(5): 397-403.
45. Horta B.L., Bahl R.B., Martines J.C. et al. Evidence of the Long-Term Effects of Breastsfeeding: Systematic Reviews and Metaanalysis. Geneva, 2007. Disponibil a adresa: [www.who.int/child-adolescent-health]
46. Hosking J., Metcalf B.S., Jeffery A.N. et al. Direction of causality between body fat and insulin resistance in children - a longitudinal study (EarlyBird 51). *Int J Pediatr Obesity*, 2011; 6: 428-33.
47. Hotărârea Guvernului nr.270 din 08.04.2014 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului”.
48. Îndrumar pentru furnizorii de sănătate la nivel comunitar. Principii în alimentația copilului și gravidei. UNICEF, București, 2007, 87 p.
49. International Lactation Consultant Association (ILCA). Recommendations and competencies for lactation consultant practice. Raleigh NC, ILCA 2003.
50. Kabir K., Sheeder J., Kelly L.S. Identifying Postpartum Depression: Are 3 Questions as Good as 10? *Pediatrics*, 2008; 122: 696-702.
51. Kierans W., Kramer M., Wilkins R. et al. Charting birth outcome in British Columbia: Determinants of optimal health and ultimate risk – An expansion and update. British Columbia Vital Statistics Agency, Victoria, 2003. Disponibil la adresa: [<http://www.vs.gov.bc.ca/stats/pdf/>]
52. Koletzko B. et al. *Pediatric Nutrition in Practice*, Basel Karger, 2008; 85-89, 162-167.
53. Kramer M.S. et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 month compared with 6 month of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr*, 2003; 78: 291-295.
54. Kramer M.S., Kakuma R. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
55. Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding: protecting the mother and baby continuum, Boston, Jones and Bartlett, 2004, p. 189-207.
56. Krug E.G. et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

57. Labbok M.H. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*, 2001; 48: 143-158.
58. Lawrence R.A., Lawrence R.M. Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession, 6th Ed St. Louis Mosby, 2005, p. 238-257.
59. Lee A. et al. Infant feeding guidelines: information for health workers, 2012.
60. Manual CIMC (Conduita Integrată a Maladiilor la Copii). Chișinău, Organizația Mondială a Sănătății, 2002, 182 p.
61. Marild S., Hansson S., Jodal U. et al. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr*, 2004; 93: 164-168.
62. Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Prof. Dr. Alfred Rusescu”. Îndrumar privind screeningul obezității la copil, 2010.
63. Mostazir M., Jeffery A., Voss L. et al. Generational Change in Fasting Glucose and Insulin among Children at Ages 5-16y Modelled on the EarlyBird study (2015) and UK growth standards (1990) (EarlyBird 69). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2016; 123(10).
64. Muraro A. et al. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy*, 2014; 69(5): 590-601.
65. Nanu M.I., Moldovanu F., Stativă E. et al. Evaluarea eficienței intervențiilor incluse în programele naționale privind nutriția copiilor sub 2 ani. IOMC, 2011.
66. Nash A. et al. Field testing of the 2006 World Health Organization growth charts from birth to 2 years: assessment of hospital undernutrition and overnutrition rates and the usefulness of BMI. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 2008; 32(2): 145-153.
67. Naylor A.J., Morrow AL. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress From Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development, Washington, DC: Wellstart International and the LINKAGES Project/Academy of Educational Development, 2001.
68. NICE clinical guideline 37. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Published July 2006. Last updated February 2013. Disponibil la adresa: [<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>]
69. NICE public health guidance 11. Maternal and child nutrition. Published March 2008. Last updated November 2014. Disponibil la adresa: [<https://www.nice.org.uk/guidance/ph11>]
70. Onyango A.W., de Onis M., Caroli M. et al. Field-testing the WHO child growth standards in four countries. *The Journal of Nutrition*, 2007; 137(1): 149-52.
71. Ordinul interministerial MMPSF/MEd/MS/MAI nr.153/1043/1042/293 din 08.10.2014 „Cu privire la aprobarea Fișei de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare și trafic al copilului”.
72. Owen C.G., Whincup P.H., Odoki K. et al. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*, 2002; 110: 597-608.
73. Palda V.A., Guise J.-M., Wathen C.N. The Canadian Task Force on Preventive Health Care: Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *JAMC*, 2004; 170(6).
74. PCN-217. Protocolul clinic național „Îngrijirea nou-născutului sănătos”, Chișinău, 2014.
75. Pinelli J., Symington A.J. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005; 4: art. No.: CD001071.
76. Politica Națională de Sănătate, HGRM nr.886 din 06.08.2007.

-
77. Preedy V.R. eds. Handbook of anthropometry: physical measures of human form in health and disease. Springer Science & Business Media, 2012.
 78. Programming Guide. Infant and Young Child Feeding. Nutrition Section, Programmes, UNICEF New York, 2011, 165 p.
 79. Rai P.L., Sharma N., Gaur A. et al. Effect of counseling on breast feeding practices. Indian Journal of Child Health, 2014; 1(2): 54-60.
 80. Read J.S. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS: Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. Pediatrics, 2003; 112: 1196-1205.
 81. Renfrew M.J. et al., Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev, 2012; 5.
 82. Rigo J., Senterre J. Nutritional needs of premature infants: current issues. The Journal of Pediatrics, 2006; 149(5): S80-S88.
 83. Riordan J. Breastfeeding and human lactation. 3rd Ed Jones and Bartlett Publishers, 2005.
 84. Riordan J., Bibb D., Miller M. et al. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. J Hum Lact, 2001; 17: 20-23.
 85. Robertson E., Celasun N., Stewart D.E. Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T., Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions, 2003.
 86. Rolland-Cachera M.-F., Peneau S. Assessment of growth: variations according to references and growth parameters used. Am J Clin Nutr, 2011; 94(6 Suppl): 1794S-1798S.
 87. Shashaj B. et al. Origin of cardiovascular risk în overweight preschool children: a cohort study of cardiometabolic risk factors at the onset of obesity. JAMA Pediatrics, 2014; 168(10): 917-924.
 88. Sherrieff N., Hall V., Panton C. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. Midwifery, 2014; 30(6): 667-677.
 89. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. Pediatrics, 2016; 138: 1-11.
 90. Stoicescu S. Alăptarea nou născutului sănătos. București, 2008, p. 9-69.
 91. Sudden Infant Death Syndrome: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Disponibil la adresa: [<http://emedicine.medscape.com/article/804412-overview>]. Updated: Dec 07, 2016.
 92. Sudden Unexpected Infant Death and Sudden Infant Death Syndrome, Centers for Disease Control and Prevention. Disponibil la adresa: [<http://www.cdc.gov/sids/aboutsuidandsids.htm>].
 93. Turck D. et al. World health organization 2006 child growth standards and 2007 growth reference charts: a discussion paper by the committee on nutrition of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2013; 57(2): 258-264.
 94. U.S. Preventive Services Task Force: Behavioral Interventions to Promote Breastfeeding: Recommendations and Rationale From the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Family Medicine, 2003; 1(2).
 95. U.S. Preventive Services Task Force: Primary care interventions to promote breastfeeding: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of Internal Medicine, 2008;

149(8): 560.

96. U.S. Preventive Services Task Force, "USPSTF", the Guide to Clinical Preventive Services. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.
97. USAID, AED and UNICEF IFPRI, Indicators for Assessing Infant & Young Child feeding Practices, 2008.
98. Victora C.G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 2008; 371(9609): 340-357.
99. Weimer J. The Economic Benefits of Breast Feeding: A Review and Analysis. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. Washington, DC: Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Department of Agriculture, 2001.
100. Whitlock E.P., O'Connor E.A., Williams S.B. et al. Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. *Pediatrics*, originally published online January 18, 2010.
101. Wisner K.L., Parry B.L., Piontek C.M. Postpartum Depression. *N Engl J Med*, 2002; 347(3): 194-199.
102. World Health Organization, Complementary Feeding: Family Foods for Breastfed Children, 2000.
103. World Health Organization: Combined course on growth assessment and IYCF counseling, 2012.
104. World Health Organization: Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition, 2013.
105. World Health Organization: Fifty-Fourth World Health Assembly: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, Switzerland, World Health Organization. 2001.
106. World Health Organization: Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington.
107. World Health Organization: Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, 2009.
108. World Health Organization: Interventions on diet and physical activity: what works, summary report, 2009.
109. World Health Organization: New WHO child growth standards catch on, 2011.
110. World Health Organization: Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide, 2012.
111. World Health Organization: Promoting proper feeding for infants and young children. Geneva, 2004. Disponibil la adresa: [<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/>]
112. World Health Organization: Promoting the health of mothers and newborns during birth and the postnatal period. Report of the Collaborative Safe Motherhood Pre Congress Workshop International Confederation of Midwives, Brisbane, Australia, July 21 - 23, 2005; WHO Press, World Health Organization, Geneva, 2007.
113. World Health Organization: The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. WHO Press, World Health Organization, Geneva, 2001.
114. World Health Organization: Training Course on Child Growth Assessment, Geneva, WHO, 2008.
115. Wright C.M. et al. Using the new UK-WHO growth charts. *BMJ*, 2010; 340: c1140.

116. Zaharie G.C. Puericultura, Ed Medicală Universitară, Cluj Napoca 2003, p. 117-128.

117. Zhang Y., Carlton E. Fein S.B. The association of prenatal media marketing exposure recall with breastfeeding intentions, initiation, and duration. Journal of Human Lactation, 2013; 29: 500-509.

Materialul realizat în cadrul proiectului „Consolidarea programului de vizite la domiciliu ca parte componentă a Standardelor de supraveghere a copilului în condiții de ambulator”, finanțat de UNICEF, Chișinău 2018.

Lucrarea este tipărită în exemplare

Cu sprijinul Reprezentanței UNICEF în Republica Moldova

ISBN

