

LAPORAN KAUNSELOR/ COUNSELLOR'S REPORT

--	--	--

Untuk kegunaan pejabat/
For internal use

Nama Pemanggil / *Caller's Name*: _____

Alamat / *Address*: _____

No. Telefon / *Telephone No*: _____ Umur / *Age*: _____

Diterima melalui / *Method* : Telefon / *Telephone* Surat / *Letter*

Datang sendiri / *Walk-in*

Adakah ini anak pertama anda / *Is this your first child*: Ya/*Yes* Tidak/*No*

Bilangan Anak / *No. of Children*:

Pernakah anda cuba menyusukan bayi anda / : Ya / *Yes* Tidak / *No*
Have you tried breastfeeding your baby

Jika ya, nyatakan berapa lama / : Minggu/Bulan/Tahun
If yes, state how long *Weeks/Months/Years*

Masalah/*Problems*:

Kembali menyusu/ *Relactating*

Bagaimana memperbanyakkan air susu /
To increase milk supply

Pantang larang pemakanan/
Diet

Susu berlebihan / *Oversupply*

Puting tenggelam/
Inverted nipples

Lambat atau tiada aliran susu /
Slow or no milk flow

Puting melecet/ *Sore nipples*

Penyimpanan susu / *Milk storage*

Puting merekah / *Cracked nipples*

Bayi enggan menyusu / *Baby refuses breasts*

Bengkak buah dada /
Breast engorgement

Makanan tambahan / *Food supplement*

Jangkitan buah dada /
Mastitis

Bayi kembong / *Colic*

Tiada susu / *Insufficient milk*

Saya ibu yang bekerja / *I'm a working mom*

Rumusan kaunselor / *Counselor's comment*:

Nama kaunselor / *Counselor's name*: _____

Tarikh / *Date*: _____