

# 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 / :  
*Have you tried breastfeeding your baby*       Ya / Yes       Tidak / No

Jika ya, nyatakan berapa lama / :  
*If yes, state how long*       Minggu/Bulan/Tahun  
*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*: \_\_\_\_\_