ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

MATERNIDADE

Orientações Pós Alta Maternidade

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

1. Restrição para atividade física ❑ Não ❑ Sim _____

2. Dieta Especial ❑ Não ❑ Sim _____

3. Medicamentos prescritos. ❑ Não

Medicamento	Dose	Via	Frequência	Período

Retornar ao consultório em _____/_____/_____

Médico: _____ ***CRM:*** _____

Para medicamentos controlados fornecer receituário avulso.

4. Orientações de enfermagem

- ❑ Aleitamento materno livre demanda, ou seja, sempre que seu bebê desejar.
- ❑ Antes de amamentar verifique se a aréola está flexível, para que o bebê possa pegar adequadamente. Caso a aréola esteja endurecida realize massagem em movimentos circulares, seguida de ordenha para alívio desta região, deixando-a flexível antes da mamada.
- ❑ Se houver ingurgitamento mamário, massagens na região areolar e nas área de ingurgitamento, imediatamente antes do bebê mamar, ajudam na transferência do leite ao bebê. Compressas frias por um período de quinze minutos após as mamadas controlam a produção de leite, diminuindo o desconforto. Compressas mornas são **contra-indicadas**. Elas podem deixar suas mamas mais cheias causando desconforto.
- ❑ Se ocorrer trauma mamilar utilizar: ❑ Colostro e banho de sol nos mamilos ❑ Lanolina (Lansinoh®)
  ❑ Outro - Qual _____
- ❑ A incisão cirúrgica deverá ser higienizada com água e sabão diariamente. Em caso de inchaço, calor local, vermelhidão ou saída de secreção da incisão cirúrgica comunique seu médico imediatamente ou retorne ao hospital para avaliação.
- ❑ Sempre que possível descanse com as pernas elevadas. Isso ajuda a diminuir o inchaço comum neste período.
- ❑ Em caso de contrações, diminuição ou ausência da movimentação fetal, perda de líquido vaginal ou sangramento, entre em contato com seu médico para avaliação ou retorne ao hospital.
- ❑ Outros _____

Enfermeira Obstetra: _____ COREn: _____

Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato com nossas enfermeiras obstetras através dos telefones:
(11) 3747-2818 – **8º Par** / 3747-2811 – **8º Ímpar** / 3747-2918 - **9º Par** / 3747-2911 – **9º Ímpar**.
Declaro que recebi orientações sobre estas instruções e que tive oportunidade de questioná-las, sendo todas as minhas perguntas respondidas satisfatoriamente.

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____/____/_____ Hora: _____