

U3

Nombre del niño:

Fecha:

1. ¿Tiene recuerdos principalmente positivos de embarazo y parto?
2. ¿Está su apartamento completamente libre de humo?
3. ¿Está amamantando a su hijo?
4. ¿Ha determinado si su hijo es sensible a los ruidos, por ejemplo ¿reacciona a la voz de los padres?
5. ¿Le mira su hijo y lo sigue con la mirada?
6. ¿Duerme su hijo en su propia cama en el dormitorio de los padres?
7. ¿La temperatura en la habitación del niño es de 16-18 ° C?
8. ¿Está su hijo siempre boca arriba cuando duerme y en momentos no observados?
9. Cuando su hijo está despierto y bajo observación, ¿también lo acuesta boca abajo?
10. ¿Su niño gira la cabeza en ambos lados?
11. ¿El padre del niño la apoya en la vida cotidiana?
12. ¿Tiene ayuda de familiares y amigos?
13. ¿Tiene tiempo para usted misma y sus intereses?
14. ¿Se siente cómoda en la nueva situación de vida con su hijo?
15. ¿Su hijo recibe vitamina D / flúor todos los días?
16. ¿Ha notado algún problema para dormir, beber o digerir?

U3

Nome da criança:

Data:

1. Tem principalmente lembranças positivas de gravidez e parto?
2. O seu apartamento é totalmente livre de fumo?
3. Está amamentando o seu filho?
4. Observou se o seu filho é sensível ao ruído, por exemplo, reage à voz dos pais?
5. O seu filho olha para si e segue-o com a vista?
6. O seu filho dorme em sua própria cama no quarto dos pais?
7. A temperatura no quarto da criança é de 16 a 18 ° C?
8. O seu filho está sempre de costas quando dorme e em momentos não observados?
9. Quando o seu filho está acordado e sob observação, você também o coloca de bruços?
10. O seu filho vira a cabeça para os dois lados?
11. O pai da criança apoia-a na vida cotidiana?
12. Tem ajuda de familiares e amigos?
13. Tem tempo para si e para os seus interesses?
14. Sente-se confortável na nova situação da vida com o seu filho?
15. O seu filho recebe vitamina D / flúor todos os dias?
16. Notou algum problema na criança para dormir, beber ou digerir?