



BF Peer Counselor Database



Adding a Baby

Mom
 First name
 Last name
 DOB required
 Gender
 Weight (LBS)
 Weight (OZ)



The following questions all refer to the hospital experience

Delivery Hospital
 Delivery type
 Gestational age

Health problems at birth

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Fever | ☐ Meconium aspiration | ☐ Breathing problems |
| ☐ Cerebral palsy | ☐ Cleft palate | ☐ Downs syndrome |
| ☐ Jaundice | ☐ Other | |

When was the first feeding?

(How soon after the delivery did you put the baby to the breast?)
(¿Cuándo le ofreció el pecho a su bebé por primera vez?)

Baby in room with you ☐ yes

(Was the baby in the same room with you all the time)
(¿Estuvo su bebé con usted en el cuarto todo el tiempo?)

Bottles in hospital

☐ Glucose water ☐ Water ☐ Formula

Pacifier in hospital ☐ yes

Rate Nursing

(How would you rate the breastfeeding support you received from nursing staff while in the hospital?)
(¿Cómo evaluaría el apoyo que usted recibió acerca de la lactancia, de parte de las enfermeras mientras su estadía en el hospital?)

Rate Lactation Consultant

(How would you rate the breastfeeding support you received from a LC?)
(¿Habla en el hospital una especialista de lactancia y cómo evaluaría el apoyo o ayuda que recibió de parte de ella?)