



FICHE DE LIAISON POST-PARTUM

Cachet SF/MDN/Hôpital



Pour:

MÈRE (Étiquette)

Nom:

Date de naiss.: / /

Adresse:

Langue parlée:

Gynéco/SF référent:

BÉBÉ (Étiquette)

Nom: F M

Date de naiss.: / / Heure: h

Lieu de naiss.:

Médecin référent:

TMS de secteur:

RÉSUMÉ GROSSESSE

G: P: Physio: Patho:

Pathologies: MAP diabète HTA ...

Allergies: Assuétudes:

Virage toxo/CMV, malformation, autres, ...:

RÉSUMÉ ACCOUCHEMENT

AG: sem.

Périnée: intact éraillures D1 D2 D3 D4 épisio

Gr Sg mère: Rh: Rhogam:

Accouchement: Spontané Optimalisé Provoqué

Anesthésie: Péridurale Rachi Générale

GBS: + - Traité: oui non

Euto: Dysto: ventouse forceps césarienne

Présentation/position: céphalique: OP OS siège

Apgar: Gr Sg BB:

Poids: g Taille: cm PC: cm

Allaitement: Maternel Artificiel Mixte

Motif séjour CNN:

RETOUR À DOMICILE

Jour: 0 1 2 3 4 5 6 7

Utérus:

Périnée:

Cicatrice césarienne:

Lochies:

Évolution AM: normal congestion crevasses

Seins: teterelle tire-lait DAL

Évolution AA: antiprolactine: reçu non reçu

Santé psychique et physique:

Poids: g T°: °C

Selles: méco transition définitives

Urine: + - Vitamine K: IM 1e dose per OS 2e dose per OS

Teint: Bili:

Cordon:

PS/frottis résultats: normal patho:

Dépist. surdité:

Guthrie N°:

Fait À faire

VIGILANCE PARTICULIÈRE / MÉDICATIONS