

# SUIVI POST NATAL MERE-ENFANT(S)

Nom, prénom de la patiente :

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_

vit seule  vit en couple

Couverture sociale :  SS + Mutuelle  SS  CMU  Absence de couverture

Demande initiée :  Par la femme  Par la maternité :  
 Dans le cadre du PRADO  Autre :

**SUIVI ANTÉNATAL :**  Sage-femme  Généraliste  Gynécologue

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS :** **G :** **P :**

Groupe, Rhésus : \_\_\_\_\_ RAI : \_\_\_\_\_

Toxoplasmose : (date/résultat dernière sérologie) : \_\_\_\_\_

Autres sérologies à signaler : (rubéole, hépatite,...) : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux ou obstétricaux à signaler : \_\_\_\_\_

**GROSSESSE :**  normale

Pathologie maternelle :

Pathologie fœtale :

**ACCOUCHEMENT:** le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min Terme :

- Voie basse spontanée
- Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :
- Complications : de la délivrance d'anesthésie autre:

**Points à surveiller :**

- cicatrisation périnée
  - évolution des fils résorbables
  - hématome
- cicatrice de césarienne
  - fils/agrafes à retirer à J :
- lien mère-enfant(s)
- vulnérabilités psycho-sociales :

autres :

**Traitements en cours :**

- antibiotiques :
- anticoagulant :
- autres :

**Suivi post natal à la maternité :**

- difficultés particulières :

**Contraception prescrite :**

**NOUVEAU-NÉ** (cf. carnet de santé)

Nom, prénom :

Poids de naissance : \_\_\_\_\_ T : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_

Jumeaux : Prénom J2 : \_\_\_\_\_

Poids de naissance : \_\_\_\_\_

T : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_

Allaitement :  sein  mixte  préparation pour nourrisson

Guthrie :  fait  à faire (joindre buvard avec n°acct + enveloppe)

Dépistage de la surdité :  fait  à proposer

Poids de sortie : \_\_\_\_\_ à J \_\_\_\_\_

**Points à surveiller :**

- alimentation  ictère  infection  prise de poids
- autre :

**SORTIE:** le \_\_\_\_\_ à

**Accompagnements proposés par la maternité :**

sage-femme libérale    médecin généraliste    pédiatre  
 puéricultrice (PMI)    soutien à l'allaitement    psychologue    TISF  
 autres (préciser) :

**Points à surveiller / à soutenir en post-partum :**

- pour la mère/le couple :
- pour le(s) nouveau-né(s) :

# SUIVI POST NATAL MERE-ENFANT(S)

Date : \_\_\_\_\_ à J \_\_\_\_\_

Mère	
Vécu de l'accouchement	
Entourage familial et social	
État général	
TA, pouls, température	
Seins	
Utérus	
Cicatrice césarienne	
Périnée	
Lochies	
Membres inférieurs	
SF urinaires	
SF digestifs	
Évaluation de la douleur	
État psychologique Dépistage dépression du PP	
Prise de médicaments	
Éducation/prévention/conseils :	
Contraception	En cours : A prévoir :
Prescriptions / bilans :	
Visite post-natale : prévue le _____	avec _____
Rééducation périnéale :	

Nouveau-né	
État général	
Tonus, éveil, comportement	
Température	
Auscultation cardio-pulmonaire (FC/FR)	
Perception nette des pouls fémoraux	
Examen des hanches	
Allaitement maternel : critères de tétées efficaces ou tétée efficace observée	
Allaitement artificiel : Nombre repas/jour	
Selles/ urines	
Évaluation risque d'ictère	
Poids du jour (+report sur courbe)	
PC	
Évaluation de la douleur	
Supplémentation vitamine D	
Supplémentation vitamine K si AM	
Dépistage néonatal sanguin :	fait            à faire
Dépistage néonatal auditif :	fait            à faire
Éducation/prévention/conseils :	
Suivi pédiatre/médecin :	
-	entre J6 et J10, prévu le _____ avec Dr _____
-	vers J14 (J11-J28), prévu le _____ avec Dr _____

**Conclusion :** CAT, surveillance, prescriptions, bilans, prochains rdv, orientations (diabète, HTA,...)

**Points à surveiller / à soutenir / relais effectués**

*Signature/cachet professionnel*