

SUIVI POST NATAL MERE-ENFANT(S)

Nom, prénom de la patiente :

Date de naissance: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse: _____ Tel: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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. Terme : SA

- Voie basse spontanée
- Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :
- Complications (préciser le cas échéant) : de la délivrance d'anesthésie autre

Points à surveiller :

- cicatrisation périnée
- évolution des fils résorbables
- hématome
- cicatrice de césarienne
- fils/agraves 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 J

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 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 : <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/> à faire	
Dépistage néonatal auditif : <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/> 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