

# Fiche de liaison du post partum

Maternité → Suivi à domicile

**Maternité :** .....

**Date :** ..... **Téléphone de liaison :** .....

**Coordonnées du professionnel de santé ayant renseigné la fiche** (Nom, Prénom, qualification, adresse) :  
 .....

**Durée de séjour de la patiente :** ..... **date d'entrée :** ..... **date de sortie :** .....

**Accord de la patiente (signature) :**

## Patiente

Nom Prénom de la patiente : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Vit :  Seule  En couple  Soutien entourage  Oui  Non

Couverture sociale : .....

Suivi anténatal par :  Sage-femme  Généraliste  Gynécologue  PMI

Nom : ..... Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Accompagnement anténatal particulier : .....

Précisions utiles (AMP, DPN, Accompagnement psy, social, PMI) .....

## Antécédents

Gestité : ..... Parité : ..... Groupe Rh : ..... RAI : ..... Strepto B PV  Oui  Non  Non fait

Particularité sérologique : .....

Antécédents médicaux / chirurgicaux / obstétricaux / psychologiques : .....

Conduites addictives :  Non  Oui

Traitement en cours (y compris psychotropes) : .....

Allergie : .....

## Grossesse

Simple  Multiple  Physiologique  Entretien prénatal précoce

Pathologie maternelle : .....

Pathologie fœtale : .....

## Accouchement

Le : ..... Terme : .....

Voie basse  Forceps/ventouse/spatules  Césarienne Motifs : .....

Anesthésie :  Aucune  Rachi ou péri  Générale

Complications :  Hémorragie post partum  Anesthésie  Anémie (transfusion)  Périnéale  Urinaire

Autre : .....

Vécu de l'accouchement : .....

## Période postnatale en maternité

Physiologique  Pathologique : .....

Dernier taux d'Hb connu et date : .....

Examens complémentaires réalisés : .....

**Traitement à la sortie :**  Antibiotiques  Anticoagulant  Autres : .....

## Points à surveiller

État psychologique  Seins  Douleurs lors de la tétée  Déchirure  Episiotomie  Hématome  Hémorroïdes

Fils/agrafes : à retirer J .....

Autre (interactions mère-enfant-père) : .....

## Soutien proposé

PMI  Psychologue/psychiatre  Consultation de lactation  TISF  Entretien postnatal

Autre : .....

Date des rendez-vous pris : Le ..... pour ..... avec .....

## Prescriptions

	Fait	À faire	Non souhaité	Inutile
Contraception				
Vaccination anti coqueluche				
Vaccination anti rubéole				
Vaccination anti grippale				
Immunoglobulines anti D				
Autre				

## Nouveau-né

Nom : ..... Prénom : .....  Fille  Garçon  
Poids de naissance : ..... Poids le plus bas : ..... date : ..... Poids de sortie : ..... date : .....  
Allaitement :  Maternel  Mixte  Artificiel  
Difficultés éventuelles : .....  
1<sup>er</sup> méconium  Oui  Non ..... / ..... 1<sup>res</sup> urines  Oui  Non  
DNN :  Fait  À faire le ..... / ..... /20 (Joindre carton vierge avec N°acct et enveloppe)  
Test audition :  Fait  À faire  À refaire  Rdv prévu le : .....

## Particularité du séjour

### Date à la sortie :

Alimentation (déroulement) :  
 Réa  Néonate  Kangourou  
 Infections : .....  Ictère : cause présumée : .....  Photothérapie  
 Signes de sevrage : .....  
 Autre : .....

### Ordonnance de sortie :

Vit K  Vit D  Antalgique  RDV écho  Autre : .....

## Points à surveiller

Prise de poids  Alimentation  Ictère  Vaccins des parents  Lien mère-enfant  
 Autre : .....

## Suivi postnatal du nouveau-né envisagé par les parents

Sage-femme  Puéricultrice PMI  Généraliste  Pédiatre  Autre  
Consultation de suivi prévue le ..... Motif : .....

- Retour d'information souhaité par la maternité
- Retour d'information souhaité par la patiente