

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^{er} méconium Oui Non / 1^{res} 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 Néonatal 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