

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/agraves : 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 _____ (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