



## Coordonnées des parents

Mère	Père
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Née le : .....	Né le : .....
Nationalité/Origine : .....	Nationalité/Origine : .....
Profession : .....	Profession : .....
Tel/portable : .....	Tel/portable : .....
Adresse : .....	Adresse (si différente) : .....

## Circonstances de la naissance

**Accouchement :**  Voie basse     Césarienne     Ventouse     Forceps

## Résumé de l'hospitalisation, de la naissance à ce jour

**Date d'entrée dans le service :** .....

.....

.....

## Respiratoire

Extubé le :	<input type="checkbox"/> Lunettes haut débit    débit : .....
<input type="checkbox"/> Respiration Spontanée depuis le :	<input type="checkbox"/> PPCN    PEEP : .....    FiO2 : .....
<input type="checkbox"/> En continu	<input type="checkbox"/> VNI    paramètres : .....
<input type="checkbox"/> Plages : .....	<input type="checkbox"/> Ventilation invasive    paramètres : .....
	Signes de lutte (préciser) : .....
	.....

## Régulation thermique

Labile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Incubateur    T°C de l'air : .....    Humidification : .....
	<input type="checkbox"/> Table T°C du matelas : .....    T°C de la rampe : .....
	<input type="checkbox"/> Berceau chauffant    T°C : .....
	<input type="checkbox"/> Berceau
	Habillage du bébé : .....
	.....

**Voie veineuse actuelle** Aucune VVP KTPC KTO KTVO autre KT central

Repère : .....

Pansement fait le : .....

changement de tubulure le : .....

info complémentaire : .....

**État cutané**

Coloration et/ou lésions : .....

Aspect de la peau : .....

traitements éventuels : .....

**Oralité** Allaitement maternel souhaité Allaitement artificiel À jeun SNG

n° ..... repère n° ..... posée le .....

Régime Prescrit : .....

Horaire des tétées dans l'unité et entourer la dernière :  
.....Difficultés particulières :  
.....**Si Allaitement maternel souhaité :** Mise au sein Tétée câlin Tétée nutritive Compléments Quantité : .....

Temps : .....

Mode de tétée :

 Paille Tasse Biberon Tulipe DAL Au sein bolus Seringue Alimentation poussée par les parents

Fréquence des mises au sein : .....

**Digestif**

Tolérance de l'alimentation : .....

 Transit régulier Abdomen : ..... Lavements Date des dernières selles : ..... Drainage libre  SNG en déclive  Résidus Quantité et aspect : ..... Aspiration douce Débit : ..... Stomie

Conduite à tenir particulière (positionnement, massage...) : .....

## Confort / Comportement

Niveau de luminosité :  Pénombre  Alternance jour/nuit

Cocon

Positions appréciées : .....

.....

Eveil et interactions : .....

.....

Qualité du sommeil, habitudes d'endormissement : .....

.....

Ce que le bébé n'apprécie pas : .....

.....

## Moyens de réconfort

Regroupement  Enveloppement  Soins à 4 mains  Doudou  Parole  Musique  Bras

Peau à peau  Autre : .....

Tétine autorisée par les parents :  oui  non

Type de portage apprécié : .....

## Soins d'hygiène

Douchette  Bain enveloppé  Bain Fréquence : .....

## Photothérapie

Type : ..... Fréquence : ..... Heure de la dernière séance : .....

## Examens

Dépistages néonataux date : ..... Contrôle à prévoir : .....

PEA date : ..... Contrôle à prévoir : .....

FO date : ..... Contrôle à prévoir : .....

**Environnement / Famille**

**Situation familiale**

Vie maritale     Séparés     Mère isolée     Famille recomposée

**Fratie**

Prénom	Âge	Sexe	Visite
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Personnes ressources**

Nom et coordonnées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vulnérabilités**

<input type="checkbox"/> Suivi psychologique Nom et coordonnées : ..... ..... ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Suivi Social Nom et coordonnées : ..... ..... ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Lien PMI Nom et coordonnées : ..... ..... ..... ..... ..... .....
---	--	--

**Habitudes des parents**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Lieu d'hébergement actuel**

Maman sortie de la maternité     Domicile     Demande de transfert     Autre : .....

**État de santé de la maman**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres remarques**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nom et signature du soignant responsable :** .....

**CHECK-LIST DES PHOTOCOPIES À TRANSMETTRE AVEC CE DOSSIER**

- Courrier Médical
- Photocopie de la courbe de poids
- Photocopie de la prescription du jour
- Photocopie des diagrammes de soins et de surveillance du jour du CTNN
- Copie des derniers bilans biologiques
- Carte de groupe sanguin phénotypé (2 déterminations)
- Copie des ETF, des FO et des derniers examens radiologiques
- Carnet de santé
- RDV prévus éventuels
- Liste des effets personnels transférés