

FICHE DE LIAISON SORTIE DE MATERNITÉ

DATE de SORTIE:/...../ 20.....

Remplie par :



LOGO
MATERNITE

ATTENTION ! Ce document doit rester en possession de la patiente. Merci de faire une photocopie.

Cocher si retour suivi souhaité

Suivi post partum – date de RDV

ETIQUETTE PATIENTE

Gynécologue :/...../20.....

Pédiatre :/...../20.....

Sage-femme lib. :/...../20.....

Médecin traitant :/...../20.....

PMI :/...../20.....

Autre :/...../20.....

Tél :/...../...../...../.....

Vit seule En couple

Nombre d'enfants au domicile :

ANTECEDENTS (médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux)

Evénements marquants	
Si allergies ou atopies, préciser :	GSRh :
Hygiène de vie, conduites addictives, préciser	

GROSSESSE

Evénements marquants (psycho-médico-social)	
Suivi particulier (PMA, DAN, ...) et pathologies	

ACCOUCHEMENT

Date :/...../ 20.....	AG :SA	Gestité :	Parité :
Présentation	<input type="radio"/> Sommet <input type="radio"/> Siège <input type="radio"/> Autre		
Début travail	<input type="radio"/> Spontané <input type="radio"/> Déclenché <input type="radio"/> Césarienne avant travail	Motif : Indication :	
Analgésie	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Péridurale <input type="radio"/> Rachi-A. <input type="radio"/> Anest. Générale <input type="radio"/> Autre		
Mode accouchement	<input type="radio"/> Voie basse <input type="radio"/> VB instrumentale <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> ventouse <input type="radio"/> Césarienne <input type="radio"/> programmée <input type="radio"/> en urgence	Indication :	
Délivrance	<input type="radio"/> DD <input type="radio"/> DA <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> Hémorragie		
Périnée	<input type="radio"/> Non Cicatriciel <input type="radio"/> Déchirure <input type="radio"/> Episiotomie		

SUITES DE NAISSANCE

Maman	Cf. carnet de santé	Nouveau-né
Etat clinique :	Transfert : <input type="radio"/> Néonatalogie <input type="radio"/> Réa néonatale Indication :	ETIQUETTE Ou Nom Prénom
Etat psychologique :		
Etat cicatrice (Périnée / Césarienne) :	POIDS Naissance :g Sortie :g	
Ordonnance à la sortie : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non ('cf prescription)	Photothérapie : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Contraception envisagée :	Bactériologie :	
Examens compl. Prévus :	Examens compl. Prévus :	

Allaitement : artificiel mixte maternel **Montée laiteuse** oui non / **Tétée efficace** oui non
Pb à suivre :

POINTS DE VIGILANCE / POINTS D'APPUI **Cocher si liaison PMI**