

Fiche de référence obstétricale



Date / /20	Nom	Age
Heure	Adresse	
Référence vers :		Motif de référence:

Anamnèse et examen obstétrical

G	P	A	Complications accouchement précédent oui /non				
Age gestationnel:			PA	P	T°	Hb	GS
Œdème: Oui / Non			Protéinurie: Pos / Neg		Conjunctive: Normale / Pâle		
Hauteur utérine: cm		Présentation:			FCF:	MF	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Col: effacement:		Consistance:			Dilatation: cm		
Présentation:		Engagement:			Saignement vaginal:		
Membranes: <input type="checkbox"/> intactes <input type="checkbox"/> rompues		Date: / /20		Heure:			
LA: Clair / Teinté de méconium / Malodorant / Sanglant							
Contractions utérines depuis: / /20 à h.				Fréquence: / 10 min			

Traitement reçu avant /durant l'admission

Nom du médicament / solution	Dose	Mode	Heure	Autre

Notes

--

Responsable de la référence:	Structure de santé:	Contact N°
------------------------------	---------------------	------------

Contre référence

Nom	Date d'admission	Date de sortie
------------	------------------	----------------

Procédures effectuées

<input type="checkbox"/> Réanimation du nouveau-né	<input type="checkbox"/> D&C ou AMV	<input type="checkbox"/> Extraction instrumentale
<input type="checkbox"/> Induction du travail	<input type="checkbox"/> Réanimation de la mère	<input type="checkbox"/> Césarienne
<input type="checkbox"/> Accélération du travail	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Hystérectomie
<input type="checkbox"/> Révision Utérine	<input type="checkbox"/> Episiotomie	<input type="checkbox"/> Ligature des trompes
<input type="checkbox"/> Délivrance manuelle	<input type="checkbox"/> Suture déchirure cervicale	<input type="checkbox"/> Autre:

Diagnostic de sortie

<input type="checkbox"/> Accouchement sans complications	<input type="checkbox"/> Rupture utérine	<input type="checkbox"/> Avortement sans complication sévère
<input type="checkbox"/> Arrêt de progression du travail	<input type="checkbox"/> (Pré)-éclampsie	<input type="checkbox"/> Avortement avec complication sévère
<input type="checkbox"/> Hémorragie ante-partum	<input type="checkbox"/> Infection du Post-partum	<input type="checkbox"/> Grossesse Extra-utérine
<input type="checkbox"/> Hémorragie post-partum	<input type="checkbox"/> Autre:	

Sortie: domicile / perdue de vue / mort maternelle, cause:

nouveau-né	vi-vant	mort-né, FCF			Apgar			poids	TTC	vit K	Réanimation			
		pos	neg	M/F	1min	5min	10 min				aspi	vent	comp thorac	médicament
1														
2														

Traitement à poursuivre à domicile:

Date de consultation post-natale :	/ / 20	
Contraception reçue : Non / Oui	Date: / /20	Méthode:
Sortie faite par:	Structure de santé:	Contact N°