

FICHE POST-PARTUM : ADMISSION et SUIVI



Nom	Numéro
Accouchement	Date / / h.....
AVB <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Indication :	
Périnée Intact <input type="checkbox"/> Episiotomie <input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/>	Nouveau-né Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/>

Date de l'examen																				
Heure de l'examen																				

Mère

Involution utérine (Oui/Non)																				
Saignement (0 - +++)																				
TA																				
FC																				
T°																				
FR																				
Seins normaux (Oui/Non)																				
Urines (Oui/Non)																				
Douleur (0 - +++)																				

Médicaments	Dose	Voie																			

Nouveau-né

T°																				
Cordon normal (Oui/Non)																				
Urines (Oui/Non)																				
Selles (Oui/Non)																				
Allaitement (Oui/Non)																				

Si "NON", expliquer au verso de la fiche.

