

Observations ou examens :

**Vaccination antitétanique (VAT)**

	Date	Prochain rendez-vous
VAT1		
VAT2		
VAT3		
VAT4		
VAT5		

**Fiche de soins prénatals n° :**

Nom :

Âge :

Adresse :

**Antécédents obstétricaux**

**Dernières règles :**

**Gestité :**

**Parité :**

**Grossesses précédentes :**

Nouveau-né vivant

Oui

Nombre :

Non

Enfant mort-né

Oui

Nombre :

Non

Décès néonatal (< 1 mois)

Oui

Nombre :

Non

Décès nourrisson (1 mois - 1 an)

Oui

Nombre :

Non

Avortement (spontané ou provoqué)

Oui

Nombre :

Non

**Problèmes lors des grossesses précédentes**

Anémie

Oui

Non

Hypertension/pré-/éclampsie

Oui

Non

Hémorragie ante-partum

Oui

Non

Autre

**Problèmes lors des accouchements précédents**

Travail prolongé

Oui

Non

Mauvaise présentation (siège, autre)

Oui

Non

Césarienne

Oui

Non

Extraction instrumentale

Oui

Non

Placenta (retrait manuel)

Oui

Non

Episiotomie

Oui

Non

Hémorragie du post-partum

Oui

Non

Infection puerpérale

Oui

Non

Fistule

Oui

Non

Autre

**Antécédents médicaux**

Hypertension

Oui

Non

Diabète

Oui

Non

Tuberculose

Oui

Non

Infection sexuellement transmissible

Oui

Non

Infection par le HIV

Oui

Non

Chirurgie abdominale

Oui

Non

Autre

	1 <sup>re</sup> visite	2 <sup>e</sup> visite	3 <sup>e</sup> visite	4 <sup>e</sup> visite	5 <sup>e</sup> visite
Date					
<b>Examen</b>					
Âge gestationnel					
Poids (+ taille si indiqué)					
Pression artérielle					
Périmètre brachial (si indiqué)					
Hauteur utérine (cm)					
Fréquence cardiaque fœtale (battements/minute)					
Mouvements fœtaux (présents/absents)					
Position (longitudinale, transversale, oblique)					
Présentation (céphalique, siège, transverse)					
Conjonctive (pâle, jaune)					
Œdème					
Plaintes (compléter au dos si nécessaire)					
<b>Tests de laboratoire</b>					
Test syphilis					
Hémoglobine					
Test HIV					
Analyse d'urine					
Test rapide paludisme					
Test de grossesse (si indiqué)					
Autres tests (p.ex., groupe sanguin)					
<b>Traitements</b>					
Sels de fer + acide folique ou multiples micronutriments					
Albendazole (contre-indiqué au 1 <sup>er</sup> trimestre)					
Traitement préventif intermittent du paludisme (si indiqué)					
Traitement curatif du paludisme (si indiqué)					
Traitement d'une infection urinaire (si indiqué)					
Traitement de la syphilis (si indiqué)					
Traitement des autres IST (si indiqué)					
Autres traitements					
<b>Autres distributions (si indiqué)</b>					
Moustiquaires (2 lors de la première visite)					
Supplément alimentaire					
Kits d'accouchement (3 <sup>e</sup> trimestre)					
<b>Prochain rendez-vous</b>					