

Examiné par :

Date de la prochaine visite :

Date de fin des consultations post-natales :

Suivi de la croissance et des vaccinations :
(nom de la structure de santé où l'enfant est référé)

Observations ou examens :

Fiche de soins postnatals n° :

Nom : _____ Âge : _____
Adresse : _____
Gestité : _____ Parité : _____
Est venue en consultation prénatale : Oui Non
Date de l'accouchement : A terme Prématuré
Nom de l'enfant : _____ Poids à la naissance : _____

En cas de grossesse multiple, utiliser une fiche séparée pour noter les observations du nouveau-né.

Grossesses précédentes (à remplir uniquement si aucune fiche de soins prénatals n'est disponible)

Nouveau-né vivant	Oui <input type="checkbox"/>	Nombre :	Non <input type="checkbox"/>
Enfant mort-né	Oui <input type="checkbox"/>	Nombre :	Non <input type="checkbox"/>
Décès néonatal (< 1 mois)	Oui <input type="checkbox"/>	Nombre :	Non <input type="checkbox"/>
Décès nourrisson (1 mois - 1 an)	Oui <input type="checkbox"/>	Nombre :	Non <input type="checkbox"/>
Avortement (spontané ou provoqué)	Oui <input type="checkbox"/>	Nombre :	Non <input type="checkbox"/>

Problèmes lors de la grossesse et de l'accouchement

Anémie (indiquer taux d'Hb si connu)	
Hypertension/pré-/éclampsie	
Hémorragie ante-partum	
Rupture prématurée des membranes	
Travail prolongé/obstruction	
Présentation anormale (siège, autre)	
Césarienne	
Extraction instrumentale	
Placenta (normal/retrait manuel)	
Episiotomie	
Lacération du périnée (déchirure)	
Fistule et prise en charge	
Hémorragie post-partum	
Infection puerpérale	

Antécédents médicaux (à remplir uniquement si aucune fiche de soins prénatals n'est disponible)

Hypertension	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Infection par le HIV	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chirurgie abdominale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autre		
Infection sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

	1 ^{re} visite (2-7 jours après l'accouchement)	2 ^e visite (4-6 semaines après l'accouchement)
Mère		
Pression artérielle		
Température		
Anémie (conjonctive, hémoglobine)		
Seins (infection, engorgement mammaire)		
Involution utérine		
Lochies (couleur et quantité)		
Cicatrisation (si lacération, épisiotomie ou césarienne)		
Miction normale/transit normal		
Interaction mère-enfant		
Traitements		
Vaccin antitétanique		
Sels de fer + acide folique ou multiples micronutriments		
Rétinol (vitamine A)		
Autre(s)		
Résultats des tests de laboratoire (le cas échéant)		
Enfant (en cas de naissances multiples, utiliser une fiche supplémentaire)		
Température		
Rythme cardiaque		
Fréquence respiratoire		
Poids		
Aspect : coloration, respiration, activité, etc.		
Examen complet		
État du cordon		
Alimentation (observer)/gain de poids?		
Miction normale/transit et selles normales		
Traitements (si non donné à la naissance)		
Tétracycline ophtalmique		
Vitamine K		
Vitamine D		
Vaccins (hépatite B, BCG, polio)		
Autre(s)		
Informations et conseils à la mère		
Soin de la mère et de l'enfant		
Signes de danger pour la mère et l'enfant		
Allaitement (allaitement exclusif, soutien, etc.)		
Contraception		
Reprise des règles et de l'activité sexuelle		
Suivi de la croissance de l'enfant et des vaccinations		