

FICHE HOSPITALISATION MATERNITE



Date / /	Nom	N°
Heure	Adresse	Age
Référée par :	<input type="checkbox"/> spontané	<input type="checkbox"/> accoucheuse traditionnelle
	<input type="checkbox"/> centre d'hébergement	<input type="checkbox"/> structure de santé :

Antécédents médicaux et chirurgicaux (maladies graves, interventions chirurgicales)

--

Antécédents obstétricaux

Gestité :	Parité :	Avortement :	Suivie en CPN : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (MSF) Nb de visites :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (autre) : Nb de doses VAT :
Année	Accouchements précédents (voie basse/césarienne/extraction instrumentale ; à domicile/à l'hôpital ; complications ; remarques)		Enfant (avortement, mort-né, vivant, décédé)	

Examen à l'admission

DDR :	DPA :	Hauteur utérine : cm	Age estimé (en SA) :	
Présentation :		RCF :	MF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	TA : FC :
Hb :	Gp sanguin :	Conjunctives : <input type="checkbox"/> normales <input type="checkbox"/> pâles	Poids :	T° :
Protéinurie <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		Test syphilis :	Autre test :	

Examen vaginal

Col Effacement :	Consistance :	Dilatation : cm		
Présentation :	Engagement :	Saignement :		
Membranes :	<input type="checkbox"/> intactes <input type="checkbox"/> rompues	Date : / /	Heure : h	
Liquide amniotique :	<input type="checkbox"/> clair <input type="checkbox"/> méconial	<input type="checkbox"/> malodorant	<input type="checkbox"/> sanguinolant	
Mutilation génitale type :	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Fistule : <input type="checkbox"/> FVV <input type="checkbox"/> FRV		
Début des contractions utérines (date/heure) : / / h		Fréquence : /10 min		

Observations, diagnostic, conduite à tenir

--

Admission réalisée par :

--

Acronymes : CPN consultation prénatale, DDR date des dernières règles, DPA date prévue d'accouchement, FC fréquence cardiaque, FR fréquence respiratoire, FRV fistule recto-vaginale, FVV fistule vésico-vaginale, Hb hémoglobine, MF mouvements fœtaux, RCF rythme cardiaque fœtal, SA semaines d'aménorrhée, T° température, TA tension artérielle, VAT vaccin antitétanique

ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM

Date / / Heure h

Accouchement

Réalisé par :

vaginal non-instrumental ventouse forceps manœuvre (type) :

césarienne indication :

Présentation céphalique siège autre **Anesthésie** locale rachi-anesthésie générale

Périnée intact épisiotomie déchirure **Suture** oui non

Délivrance placentaire Date / / h

spontanée artificielle **Placenta** complet incomplet

oxytocine 10 UI si incomplet révision utérine curetage

Hémorragie du post-partum (détailler la prise en charge)

Nouveau-né	vivant	mort-né, RCF		sexe	Apgar			Poids	Tetracycline pommade ophtalmique	Vit. K	Réanimation			
		pos	neg		M/F	1 min	5 min				10 min	aspiration	ventilation	massage cardiaque
Nné 1														
Nné 2														
Anomalies:														

Surveillance du post-partum (mn = minute / H = heure)

Délai après accouchement	15mn	30mn	45mn	1H 30mn	1H 15mn	1H 30mn	2H	3H	4H	8H	12H	16H	20H	24H
Heure réelle														
Mère														
Saignement														
Utérus (retracté/globe dur)														
Tension artérielle														
Fréquence cardiaque														
Température														
Fréquence respiratoire														
Urines														
Nouveau-né														
Respiration														
Température														
Cordon														
Allaitement														

Médicaments (dose, voie d'administration)

Observations / commentaires / conclusion

SORTIE

réalisée par _____

Mode de sortie					
Mère			Nouveau-né		
Date / /	Durée du séjour : jours		Date / /	Durée du séjour : jours	
<input type="checkbox"/> Retour domicile	<input type="checkbox"/> Décédée		<input type="checkbox"/> Retour domicile	<input type="checkbox"/> Décédé	
<input type="checkbox"/> Abandon	<input type="checkbox"/> Référée vers :		<input type="checkbox"/> Abandon	<input type="checkbox"/> Référé vers :	
Examen					
Mère			Nouveau-né		
TA :	T° :	FC :	FR :	T° :	FC :
Utérus contracté	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Selles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lochies normales	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Miction	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Miction	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Allaitement	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> difficile
<input type="checkbox"/> Vitamine A			<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> polio 0	<input type="checkbox"/> hépatite B
Gp sanguin Rh :	Ig anti-D :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Gp sanguin Rh :		
Etat de la plaie (périnée, cicatrice de césarienne) :					

Counseling et éducation pour la santé			
Mère		Nouveau-né	
Soins postnatals et hygiène		Allaitement exclusif 6 mois	
Nutrition		Hygiène, soins de cordon, thermorégulation	
Contraception		Conseils spécifiques (si petit poids de naissance)	
Signes de danger		Signes de danger	
Visites de suivi		Visites de suivi	
Autres		Vaccinations	
		Autres	

Recommandations spécifiques :

Traitement à domicile :

Fer + acide folique ou multiples micronutriments (indiquer dose quotidienne et durée)

Date de consultation post-natale : / /

Contraception reçue : oui non Date : / / Méthode :

Date de prochaine consultation contraception : / /

Procédures réalisées	<input type="checkbox"/> Réanimation du nouveau-né	<input type="checkbox"/> Dilatation et curetage
<input type="checkbox"/> Induction du travail	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Aspiration manuelle par le vide
<input type="checkbox"/> Travail dirigé	<input type="checkbox"/> Episiotomie	<input type="checkbox"/> Hystérectomie après césarienne
<input type="checkbox"/> Révision utérine	<input type="checkbox"/> Suture de déchirure périnéale	<input type="checkbox"/> Ligature des trompes post CS
<input type="checkbox"/> Délivrance artificielle	<input type="checkbox"/> Suture de plaie du col utérin	<input type="checkbox"/> Autre

Diagnostic à la sortie	<input type="checkbox"/> Hémorragie ante-partum	<input type="checkbox"/> Hémorragie du post-partum
<input type="checkbox"/> Accouchement non compliqué	<input type="checkbox"/> Rupture utérine	<input type="checkbox"/> Avortement non compliqué
<input type="checkbox"/> Travail prolongé/obstructif	<input type="checkbox"/> (Pre)-éclampsie	<input type="checkbox"/> Avortement compliqué
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Infection du post-partum	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine
		<input type="checkbox"/> Accouchement prématuré