

DOSSIER OBSTÉTRICAL

GROSSESSE, TRAVAIL
ET ACCOUCHEMENT
ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ
ET ÉVOLUTION DE LA MÈRE



DT9073

Date de naissance Année Mois Jour			N° chambre	N° de dossier
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Ind. rég.	Téléphone	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

GROSSESSE, TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT							
Semaines de gestation	Groupe et Rh	G Gravida	T Terme	P Prématuré	A Avortement	V Vivant	SGB Strept gr B
Anticorps							
Particularités (complications ou diagnostics pendant cette grossesse ou les grossesses antérieures)							

Travail						
<input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Déclenchement <input type="checkbox"/> Maturation INDICATIONS : _____ <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Oxytocine <input type="checkbox"/> PG E ₁ E ₂ F ₂ <input type="checkbox"/> Amniotomie						
Début du travail		Heure		1 ^{er} stade Phase active		
Année	Mois	Jour	:	:	:	:
Membranes rompues		S	A	2 ^e stade Phase passive		
Année	Mois	Jour	:	:	:	:
				3 ^e stade		
				Durée totale		
Analgésie (nom de l'agent)				Heure de la dernière dose		
Corticostéroïdes (date)				Heure de la première dose		
Antibiotiques reçus (nom)				Heure de la première dose		
Anesthésie						
<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Péridurale <input type="checkbox"/> Rachidienne <input type="checkbox"/> Bloc honteux <input type="checkbox"/> Locale Agent utilisé _____ <input type="checkbox"/> N ₂ O ₂						

Épisiotomie		<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Médiane	<input type="checkbox"/> Médio-latérale
Déchirure				
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Périurétrale <input type="checkbox"/> Vaginale Périnéale : 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> Cervicale Pertes sanguines _____ mL				

Liquide amniotique		Particularités	
<input type="checkbox"/> Oligoamnios	<input type="checkbox"/> Clair	<input type="checkbox"/> Sanglant	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Rosé	<input type="checkbox"/> Méconial	
<input type="checkbox"/> Hydramnios			
Cordon ombilical			
<input type="checkbox"/> Circulaires <input type="checkbox"/> Coupés pendant l'accouchement <input type="checkbox"/> Lâches <input type="checkbox"/> Serrés <input type="checkbox"/> Coupés après l'accouchement <input type="checkbox"/> Noeud <input type="checkbox"/> Vaisseaux ombilicaux 2 3			

Accouchement						
Date			Année Mois Jour		Heure de naissance	
<input type="checkbox"/> AVAC <input type="checkbox"/> Par voie vaginale <input type="checkbox"/> TÊTE <input type="checkbox"/> SIÈGE <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> À la vulve <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Assisté <input type="checkbox"/> Ventouse <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Rotation <input type="checkbox"/> > 45° <input type="checkbox"/> < 45°						
Type de forceps		Position à l'application		Station		
Indication des forceps, des ventouses ou de la césarienne						

Placenta	
Heure de délivrance : _____ : _____	Placenta conservé à 4°C <input type="checkbox"/>
Évacuation : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Manuelle	Placenta transmis au laboratoire pour examen anatomopathologique <input type="checkbox"/>
Apparence normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Placenta remis à la famille <input type="checkbox"/>
Révision utérine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Monitoring foetal						
<input type="checkbox"/> Auscultation intermittente <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne Résultats : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atypique <input type="checkbox"/> Anormal						
Signature		N° de permis		Date (année, mois, jour)		

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ							N° dossier : _____					
Sexe	État		Masse		APGAR		0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né	g				Battements cardiaques	Absents	Moins de 100	Plus de 100			
<input type="checkbox"/> Gouttes ophtalmiques	<input type="checkbox"/> Vitamine K	Groupe et Rh				Efforts respiratoires	Absents	Lents irréguliers	Bons pleurs			
Alimentation		pH cordon				Tonus musculaire	Flasque	Flexion des extrémités	Mouvements actifs			
<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Artificielle	<input type="checkbox"/> Artériel _____	<input type="checkbox"/> Veineux _____				Réflexes à la stimulation	Absents	Grimace	Pleure avec force			
Réanimation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Coloration des téguments	Bleue pâle	Corps rose extrémités bleues	Entièrement rose			
<input type="checkbox"/> VPP <input type="checkbox"/> VPP + O ₂ <input type="checkbox"/> Massage cardiaque	<input type="checkbox"/> Anomalies <input type="checkbox"/> Complications	Spécifier :				Total						
<input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Toilette trachéale	Rx : _____											
Aspiration <input type="checkbox"/> À la poire <input type="checkbox"/> Avec tube oro-gastrique		Parents informés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										

ÉVOLUTION DE LA MÈRE						
Suites de couche						
<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales Hb la plus basse _____		Hémorragie puerpérale : _____ Transfusion _____		<input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Tardive _____ unités		
Immunoglobine anti D donnée le : _____		Vaccin rubéole : <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Monovalent <input type="checkbox"/> Autre		Donné le : _____		
Année Mois Jour		Année Mois Jour				
Remarque : _____						
Fièvre						
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Thrombo-embolie <input type="checkbox"/> Endométrite <input type="checkbox"/> Infection urinaire <input type="checkbox"/> Infection respiratoire <input type="checkbox"/> Autre infection pelvienne						
Médication au départ : <input type="checkbox"/> Contraception						
Signature		N° de permis		Date (année, mois, jour)		