

		FICHE BILAN ACCOUCHEMENT EXTRA HOSPITALIER			
Date : Heure :		Lieu :			
IDENTITE DE LA MERE					
Nom : Prénom :		Date de naissance :		Parité :	
ACCOUCHEMENT : Date : / /				Heure : h	
Terme* (cf tableau bas de page) :			 SA	
Pathologies de la grossesse (hypertension, diabète, menace d'accouchement prématuré, hospitalisation, traitements...)				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Présentation / position du bébé :				<input type="checkbox"/> tête <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> pieds	
Heure de rupture de la poche des eaux			h.....	
Aspect du liquide amniotique :				<input type="checkbox"/> clair <input type="checkbox"/> teinté	
Particularités, complications de l'accouchement :					
DELIVRANCE					
Délivrance : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				Si oui, heure :h.....	
Evaluation des pertes sanguines (hémorragie si > 500 mL)				Volume :mL	
Surveillance maternelle		Heure :h.....	Heure :h.....	Heure :h.....	Heure :h.....
Environ toutes les 20 min	TA Δ si > 14/9				
	FC				
	Sat				
NOUVEAU-NE			Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Cordon autour du cou ?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Le nouveau-né a-t-il crié immédiatement ?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Le nouveau-né a-t-il nécessité une stimulation ?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Le nouveau-né a-t-il nécessité des gestes de réanimation ?		Aspiration des VAS		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		Ventilation		OUI <input type="checkbox"/> durée : NON <input type="checkbox"/>	
		Massage cardiaque		OUI <input type="checkbox"/> durée : NON <input type="checkbox"/>	
Le nouveau-né a-t-il émis :				Des urines <input type="checkbox"/> Des selles <input type="checkbox"/>	
Surveillance nouveau-né		Heure :		Heure :	
Respiration : normale, irrégulière, geignements					
Couleur : rose, pâle, cyanosé					
Tonus : tonique, mou					
OBSERVATIONS PARTICULIERES					

* : Terme en Semaines d'Aménorrhée (SA) révolues (SA = semaines de grossesse + 2)																			
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
5° mois			6° mois			7° mois			8° mois			9° mois							

		FICHE BILAN FEMME ENCEINTE HORS ACCOUCHEMENT	
Date : Heure :		Lieu :	Motif :
IDENTITE			
Nom : Prénom :		Age :	Lieu prévu de l'accouchement :
GROSSESSE : simple / jumeaux / triplés / ...			
Date prévue d'accouchement :		Terme* :	
Nombre de grossesses antérieures			
Antécédents de fausses couches ou grossesses arrêtées		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Nombre d'accouchements antérieurs :		Césarienne OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Travail rapide : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Hémorragie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Pathologies de la grossesse (HTA, diabète, placenta, saignement, échographie, menace d'accouchement prématuré, hospitalisation, ...)			
Traitements en cours			
Si la plainte initiale est : douleur abdo		Autres types de trauma /malaise	
La douleur est : <input type="checkbox"/> intermittente <input type="checkbox"/> continue		Choc sur le ventre ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Depuis combien de temps ?		Ventre souple ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence ?		Douleur abdominale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce régulier ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Apparition de contractions depuis l'incident ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Intensité EVS : / 10			
Brûlures en urinant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Problèmes de transit ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Antécédent d'appendicite ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous senti couler entre vos jambes ? Si oui : sang ? caillot ? liquide amniotique ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Sentez-vous bouger votre bébé comme d'habitude depuis l'incident ? (mouvements perceptibles dès le 5 ^o mois environ)		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
PARAMETRES VITAUX			
TA Δ si > 14/9 : /		FC :/min	Saturation :%
Dextro :		Température :°C	
OBSERVATIONS PARTICULIERES			
Documents à récupérer : carte de groupe sanguin <input type="checkbox"/> Dossier de suivi de la grossesse <input type="checkbox"/>			

* : Terme en Semaines d'Aménorrhée (SA) révolues (SA = semaines de grossesse + 2)																			
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
5 ^o mois			6 ^o mois			7 ^o mois			8 ^o mois			9 ^o mois							

		FICHE BILAN FEMME EN TRAVAIL	
Date : Heure :		Lieu :	
IDENTITE			
Nom : Prénom :		Age :	Lieu prévu de l'accouchement :
GROSSESSE : simple / jumeaux / triplés / ...			
Date prévue d'accouchement :		Terme* :	
Nombre d'accouchements antérieurs : Travail rapide : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Césarienne OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Hémorragie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Présentation / position connue du bébé :		Tête <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/>	
Sent bébé bouger		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Pathologies de la grossesse (HTA, diabète, placenta, saignement, échographie, menace d'accouchement prématuré, hospitalisation, traitements...)			
AVANCEE DU TRAVAIL			
Début du travail	Heure de début	...h...	
	Durée	<3h <input type="checkbox"/> 3 à 5h <input type="checkbox"/> >5h <input type="checkbox"/>	
Contractions	Fréquence	Toutes les ... min	
	Régularité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Intensité	EVS : / 10	
	Durée	<1 min <input type="checkbox"/> 1 min <input type="checkbox"/> >1 min <input type="checkbox"/>	
Ecoulement	Sang	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Rupture de la poche des eaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Heure de rupture	... h ...	
	Couleur du liquide amniotique	Clair <input type="checkbox"/> , vert/marron <input type="checkbox"/> , rosé <input type="checkbox"/>	
Signe d'expulsion	Tête du bébé à la vulve	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Envie de pousser, d'aller à selle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Comportement maternel (souffle, pousse, crie, agitation, changements de positions...)			
PARAMETRES VITAUX			
TA Δ si > 14/9 : /		FC :/min	Saturation :%
Dextro :		Température :°C	
OBSERVATIONS PARTICULIERES			
Documents à récupérer : carte de groupe sanguin <input type="checkbox"/> Dossier de suivi de la grossesse <input type="checkbox"/>			

* : Terme en Semaines d'Aménorrhée (SA) révolues (SA = semaines de grossesse + 2)																			
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
5° mois			6° mois			7° mois			8° mois			9° mois							

