

		<b>FICHE BILAN ACCOUCHEMENT EXTRA HOSPITALIER</b>			
Date : Heure :		Lieu :			
<b>IDENTITE DE LA MERE</b>					
Nom : Prénom :		Date de naissance :		Parité :	
<b>ACCOUCHEMENT : Date : / /</b>				<b>Heure : h</b>	
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 :					
<b>DELIVRANCE</b>					
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 $\Delta$ si > 14/9				
	FC				
	Sat				
<b>NOUVEAU-NE</b>			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"/>	
<b>Surveillance nouveau-né</b>		<b>Heure :</b>		<b>Heure :</b>	
Respiration : normale, irrégulière, geignements					
Couleur : rose, pâle, cyanosé					
Tonus : tonique, mou					
<b>OBSERVATIONS PARTICULIERES</b>					

* : 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							

	<h2 style="margin: 0;">FICHE BILAN FEMME ENCEINTE HORS ACCOUCHEMENT</h2>
---	--

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 : 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"/>
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"/>	

<b>Avez-vous senti couler entre vos jambes ?</b> Si oui : sang ? caillot ? liquide amniotique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> .....
--	--

<b>Sentez-vous bouger votre bébé comme d'habitude depuis l'incident ?</b> (mouvements perceptibles dès le 5 <sup>o</sup> mois environ)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

**PARAMETRES VITAUX**

TA $\Delta$ si > 14/9 : ..... / .....	FC : ...../min	Saturation : .....%
Dextro : .....	Température : .....°C	

**OBSERVATIONS PARTICULIERES**

<b>Documents à récupérer</b> : 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 <sup>o</sup> mois					6 <sup>o</sup> mois					7 <sup>o</sup> mois					8 <sup>o</sup> mois					9 <sup>o</sup> mois

		<b>FICHE BILAN FEMME EN TRAVAIL</b>	
Date : Heure :		Lieu :	
<b>IDENTITE</b>			
Nom : Prénom :		Age :	Lieu prévu de l'accouchement :
<b>GROSSESSE</b> : 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...)			
<b>AVANCEE DU TRAVAIL</b>			
<b>Début du travail</b>	Heure de début	...h...	
	Durée	<3h <input type="checkbox"/> 3 à 5h <input type="checkbox"/> >5h <input type="checkbox"/>	
<b>Contractions</b>	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"/>	
<b>Ecoulement</b>	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"/>	
<b>Signe d'expulsion</b>	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"/>	
<b>Comportement maternel</b> (souffle, pousse, crie, agitation, changements de positions...)			
<b>PARAMETRES VITAUX</b>			
TA $\Delta$ si > 14/9 : ..... / .....		FC : ...../min	Saturation : .....%
Dextro : .....		Température : .....°C	
<b>OBSERVATIONS PARTICULIERES</b>			
<b>Documents à récupérer</b> : 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							

