

DOSSIER OBSTÉTRICAL POST-PARTUM IMMÉDIAT

Légende

Région de la douleur
P = Périnée
A = Abdomen
X = Autre (documenté)

Fond utérin
F = Ferme
M = Molasse
C = Centré
G = Dévié à gauche
D = Dévié à droite

Lochies
T = Trace
P = Peu (1/4 s.s.)
M = Moyen (1/2 s.s.)
A = S.S. pleine



Date de naissance			N° chambre		N° de dossier	
Année	Mois	Jour				
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		

Post-partum immédiat (≤ 2 heures)									
Date de naissance			Compte	Sutures	Aiguilles	Instruments	Compresses	Interv.	Interv.
Année	Mois	Jour	Départ						
			Ajout						
Heure de naissance			Retrait						
			Vérification						

Année	Date		Heure	Température (°C)	Tension artérielle	Pouls/Respiration	SpO ₂ (%)	Échelle de douleur (0-10)	Région de la douleur	Hauteur utérine	Fond utérin	Lochies	Caillot(s)	Massage utérin	Peau à peau	Notes complémentaires	Initiales
20	M	J	(0-24)														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
			:														
Heure	Cathétérisme/miction		Miction après l'accouchement :		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		ml		Initiales	Signature		Initiales	Signature		Initiales	Signature	
Heure	Du transfert de l'usager :			Accompagnée par :													
	<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Ch. roulante	<input type="checkbox"/> Sur pieds	<input type="checkbox"/> PAB	<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inf. aux.											

5B