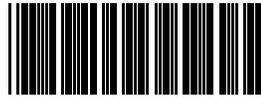
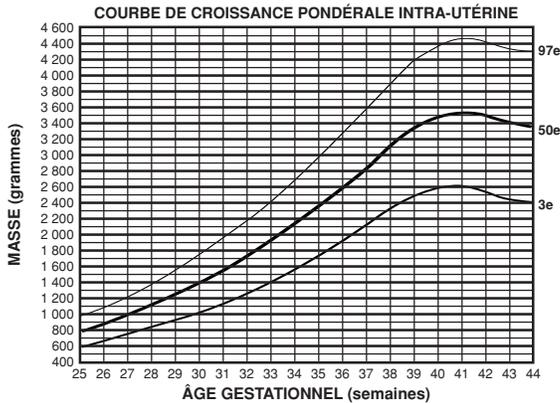


EXAMEN OBJECTIF DU NOUVEAU-NÉ



DT9106



Année		Mois		Jour		Sexe		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Né(e) le		Adm.		Dép.		Longueur		Circonférence de la tête	
Masse									

	EXAMEN INITIAL		EXAMEN AU DÉPART	
Légende : O normal ou négatif X anormal	O X	Décrire les anomalies	O X	Décrire les anomalies
Aspect général Maturité, tonus musculaire, cri, coloration, nutrition, oedème				
Peau Éruptions, hématome, ictère				
Tête, cou Chevauchement, céphalhématome, bosse séro-sanguine				
Yeux Anomalie, conjonctivité				
Oreilles, nez, bouche, gorge Lèvres, gencives, palais				
Thorax Tirage, seins				
Poumons				
Coeur Pouls fémoraux				
Abdomen Ombilic				
Organes génitaux ♀ Vulve, écoulement vaginal ♂ Testicules en place, pénis				
Tronc, colonne vertébrale				
Extrémités, membres, clavicules, hanches				
Réflexes				
Anus				

	IMPRESSION INITIALE	IMPRESSION ET RECOMMANDATIONS
Groupe, Rh (N-né) _____		
Groupe, Rh (mère) _____		
Coombs direct : <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég.		
Hémoglobine _____ g		
Bilirubine max. _____ mg %		
Photothérapie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Âge chronologique _____ sem.		
Âge gestationnel _____ sem.	Signature : _____ Date : _____	Signature : _____ Date : _____