

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 Année Mois Jour : _____ Heure : _____	1 ^{er} stade Phase active : _____ 2 ^e stade Phase passive : _____ 3 ^e stade Phase active : _____ Durée totale : _____
Membranes rompues S A Année Mois Jour : _____ Heure : _____	
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 Aucune <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Péridurale <input type="checkbox"/> Rachidienne <input type="checkbox"/> Bloc honteux <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Agent utilisé : _____ <input type="checkbox"/> N ₂ O ₂	

Épisiotomie	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Médiante	<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 césarienne <input type="checkbox"/> ITÉRATIVE <input type="checkbox"/> PRIMAIRE <input type="checkbox"/> Transversale basse <input type="checkbox"/> Verticale basse <input type="checkbox"/> Verticale haute
<input type="checkbox"/> Par voie vaginale <input type="checkbox"/> TÊTE <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 : _____ : _____ Évacuation : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Manuelle Apparence normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Révision utérine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Placenta conservé à 4°C <input type="checkbox"/> Placenta transmis au laboratoire pour examen anatomopathologique <input type="checkbox"/> Placenta remis à la famille <input type="checkbox"/>
---	---

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"/> Gouttes ophtalmiques <input type="checkbox"/> Vitamine K Groupe et Rh	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né	_____ g	Battements cardiaques	Absents	Moins de 100	Plus de 100			
Alimentation pH cordon <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Artificielle <input type="checkbox"/> Artériel _____ <input type="checkbox"/> Veineux _____			Efforts respiratoires	Absents	Lents irréguliers	Bons pleurs			
Réanimation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> VPP <input type="checkbox"/> VPP + O ₂ <input type="checkbox"/> Massage cardiaque <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Toilette trachéale Rx : _____			Tonus musculaire	Flasque	Flexion des extrémités	Mouvements actifs			
Aspiration <input type="checkbox"/> À la poire <input type="checkbox"/> Avec tube oro-gastrique Parents informés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Réflexes à la stimulation	Absents	Grimace	Pleure avec force			
Suites de couche <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales Hb la plus basse : _____ Immunoglobine anti D donnée le : _____ Année Mois Jour			Coloration des téguments	Bleue pâle	Corps rose extrémités bleues	Entièrement rose			
Hémorragie puerpérale : _____ Transfusion _____ <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Tardive			Total						
Vaccin rubéole : <input type="checkbox"/> MMR Année Mois Jour <input type="checkbox"/> Monovalent <input type="checkbox"/> Autre			Signature N° de permis Date (année, mois, jour)						

ÉVOLUTION DE LA MÈRE	
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 Remarque : _____	Médication au départ : <input type="checkbox"/> Contraception Signature N° de permis Date (année, mois, jour)