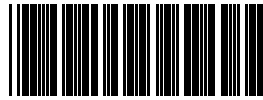
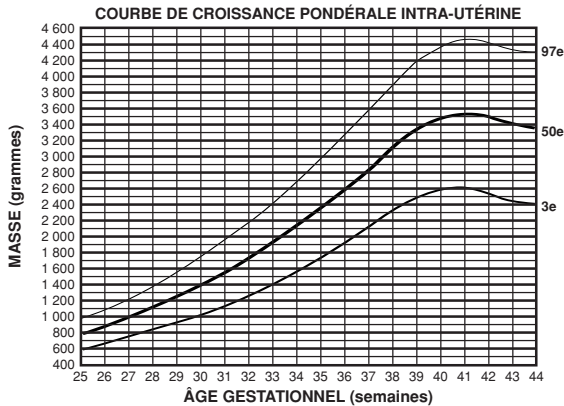


EXAMEN OBJECTIF DU NOUVEAU-NÉ



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	O	X
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 : _____