

# 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	<b>G</b> Gravida	<b>T</b> Terme	<b>P</b> Prématuré	<b>A</b> Avortement	<b>V</b> Vivant	<b>SGB</b> 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 <sub>1</sub> E <sub>2</sub> F <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Amniotomie	
Début du travail Année Mois Jour : _____ : _____ Heure : _____ : _____	1 <sup>er</sup> stade Phase active _____ : _____ 2 <sup>e</sup> stade Phase passive _____ : _____ 3 <sup>e</sup> stade Phase active _____ : _____ Durée totale _____ : _____
Membranes rompues Année Mois Jour : _____ : _____ : _____ S A Heures : _____ : _____	
Analgésie (nom de l'agent) _____ Heures de la dernière dose _____ : _____	
Corticostéroïdes (date) _____ Heures de la première dose _____ : _____	
Antibiotiques reçus (nom) _____ Heures 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 <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	

Épisiotomie	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Médiane <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	Complications
<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	

Accouchement	
Date _____ : _____ : _____ Année Mois Jour Heures 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"/> SIÈGE <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
Heures de délivrance : _____ : _____ Évacuation : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Manuelle Masse _____ g   Vaisseaux ombilicaux 2 3 Révision utérine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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 _____ Date (année, mois, jour) _____

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ		N° dossier : _____																																																		
Sexe	État	Masse	APGAR																																																	
<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	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>1 min.</th> <th>5 min.</th> <th>10 min.</th> </tr> <tr> <td>Battements cardiaques</td> <td>Absents</td> <td>Moins de 100</td> <td>Plus de 100</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Efforts respiratoires</td> <td>Absents</td> <td>Lents irréguliers</td> <td>Bons pleurs</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tonus musculaire</td> <td>Flasque</td> <td>Flexion des extrémités</td> <td>Mouvements actifs</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Réflexes à la stimulation</td> <td>Absents</td> <td>Grimace</td> <td>Pleure avec force</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coloration des téguments</td> <td>Bleue pâle</td> <td>Corps rose extrémités bleues</td> <td>Entièrement rose</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td><b>Total</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.	Battements cardiaques	Absents	Moins de 100	Plus de 100				Efforts respiratoires	Absents	Lents irréguliers	Bons pleurs				Tonus musculaire	Flasque	Flexion des extrémités	Mouvements actifs				Réflexes à la stimulation	Absents	Grimace	Pleure avec force				Coloration des téguments	Bleue pâle	Corps rose extrémités bleues	Entièrement rose							<b>Total</b>			
	0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.																																														
Battements cardiaques	Absents	Moins de 100	Plus de 100																																																	
Efforts respiratoires	Absents	Lents irréguliers	Bons pleurs																																																	
Tonus musculaire	Flasque	Flexion des extrémités	Mouvements actifs																																																	
Réflexes à la stimulation	Absents	Grimace	Pleure avec force																																																	
Coloration des téguments	Bleue pâle	Corps rose extrémités bleues	Entièrement rose																																																	
			<b>Total</b>																																																	
Alimentation <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Artificielle Réanimation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> VPP <input type="checkbox"/> VPP + O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Massage cardiaque <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Toilette trachéale Rx : _____	pH cordon <input type="checkbox"/> Artériel _____ <input type="checkbox"/> Veineux _____ <input type="checkbox"/> Anomalies <input type="checkbox"/> Complications Spécifier : _____		Signature _____ Date (année, mois, jour) _____																																																	
Aspiration <input type="checkbox"/> À la poire <input type="checkbox"/> Avec tube oro-gastrique Parents informés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																				

ÉVOLUTION DE LA MÈRE	
Suites de couche <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales Hb la plus basse _____ Immunoglobuline anti D donnée le : Année Mois Jour : _____ : _____ : _____ Vaccin rubéole : <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Monovalent <input type="checkbox"/> Autre Année Mois Jour : _____ : _____ : _____ Remarque : _____	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 Médication au départ : <input type="checkbox"/> Contraception Signature _____ Date (année, mois, jour) _____