

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

DT9229



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		Heure (0-24)	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	Date															
M	J															
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
	:		/	/												
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 : <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Ch. roulante <input type="checkbox"/> Sur pieds				Accompagnée par : <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.											

5B