

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

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	
<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	Particularités
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	
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) _____	

Accouchement						
Date		Année Mois Jour		Heure de naissance		
<input type="checkbox"/> AVAC <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 _____						
				<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		

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