

CONSULTATION PRENATALE

Date de la 1^{ère} visite : / __//__ / /__//__ / /__//__//__//__ /

Consultations		1er Trimestre (obligatoire)	2ème trimestre (obligatoire)	3ème trimestre (obligatoire)		
Date et heure d'arrivée						
Heure de la CPNR						
Identité et qualification du prestataire						
Terme de la grossesse						
Résultat de l'échographie						
Plaintes						
Etat Général	TA					
	Pouls					
	Température					
	Muqueuses					
	OMI					
	Conscience					
Poids						
IMC						
Test d'urines A : Albumine S : Sucre N : Nitrite L : Leucocyte		A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Examen des seins						
Inspection						
Mensuration: HU						
Palpation	Présentation					
	points urétéraux moyens					
Auscultation: BDCF						
Etat de la vulve						
Pose de spéculum						
Toucher vaginal						
Examen du bassin						
Diagnostic						
Prévention	TPI/SP 1ère dose					
	TPI/SP 2ème dose					
	TPI/SP 3ème dose					
	Déparasitage : Mebendazole 100mgx2/jrx3jrs					
	Fer 200mg/jour					
	Foldine 5mg/jour					
	Avez-vous dormi sous MIILD la nuit dernière?(O/N)					
Conseils nutritionnels						
Informations sur les signes de dangers						
Counseling sur la PF						
Méthode choisie						
Conduite à tenir						
RDV	CPN					
	Classe des mères					
Recherche active						

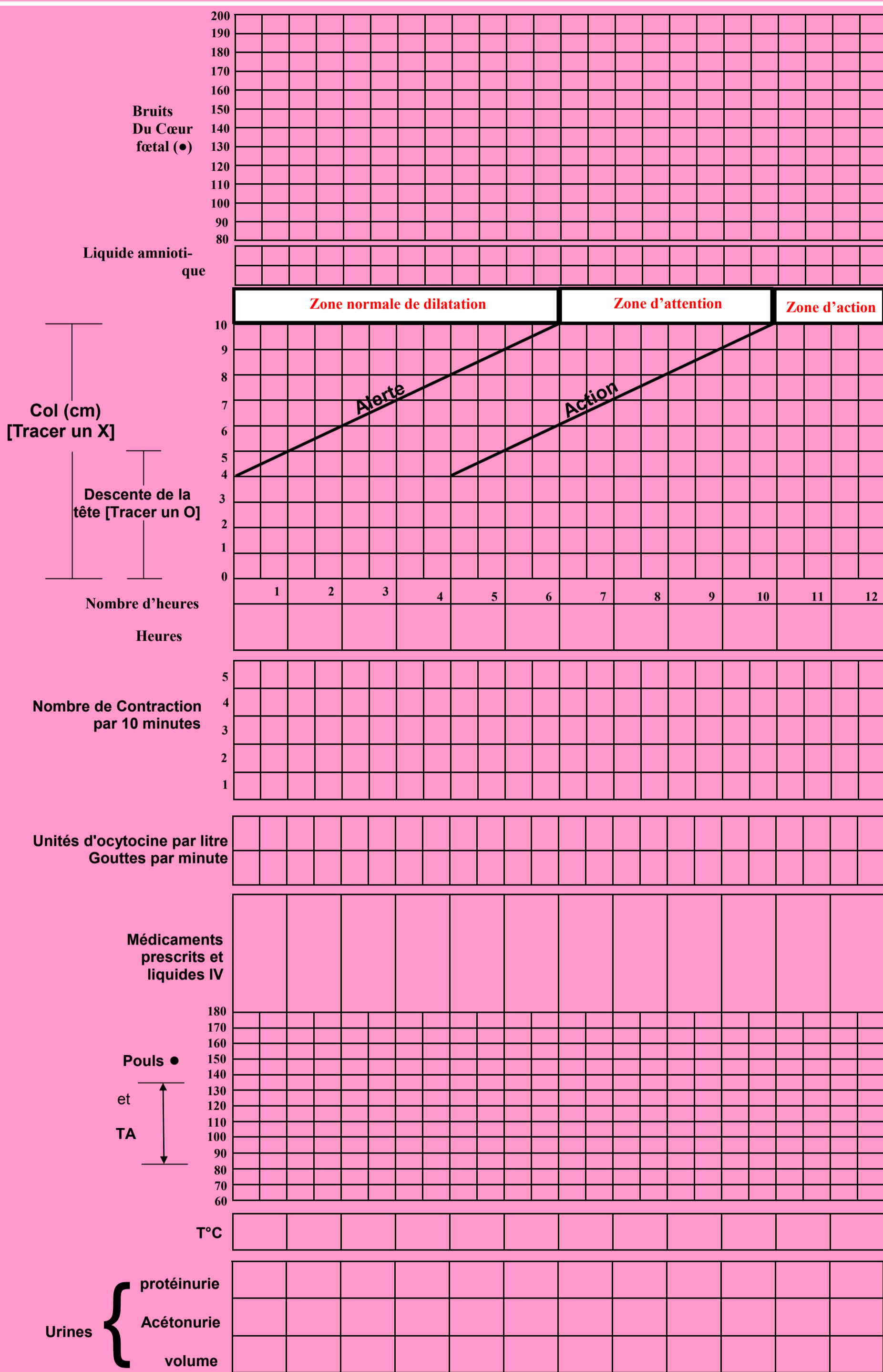
RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénoms : Âge : / ___ / Âge gestationnel : / ___ / Gestité : / ___ /

Parité : / ___ / Poids : / ___ / Date/Heure d'admission :

Date/heure de la rupture des membranes : Date/Heure de l'accouchement : Numéro du dossier :

Nom de l'accoucheur : Qualification :



Légende

• LA : Liquide amniotique

I : PDE intacte
 C : clair
 M : méconial, purée de pois
 S : Sanglant/hématique
 V : Jus de viande
 J : Jaunâtre

• Chevauchement

0 : pas de chevauchement, sutures palpables
 1 : Apposition des os du crâne
 2 : chevauchement réductible
 3 : chevauchement irréductible

• Descente de la tête fœtale

5 travers de doigts	5/5
4 travers de doigts	4/5
3 travers de doigts	3/5
2 travers de doigts	2/5
1 travers de doigts	1/5

• CU : contractions utérines

< 20 secondes	
20 - 40 secondes	
> 40 secondes	

• Actions/Codes

Actions	Codes
Rupture artificielle de la PDE	1
Antispasmodique	2
Ocytocine	3
Épisiotomie	4
Ventouse/Forceps	5
Référence	6
Césarienne /Laparotomie	7

ETAT DU NOUVEAU-NE

Vivant : Oui Non Respiration spontanée : Oui Non

Réanimation : Oui Non Durée : / ___ /

APGAR (pour l'enfant ayant crié aussitôt) : 1^{ère} mn / ___ / 5^{ème} mn : / ___ / 10^{ème} mn : / ___ /

Sexe (M/F) : Poids : / ___ / Taille : / ___ / cm PC : / ___ / PT : / ___ /

Mort-né frais : / ___ / Oui Non

Mort-né macéré : 1^{ère} degré / ___ / 2^{ème} degré / ___ / 3^{ème} degré / ___ /

SOINS AU NOUVEAU-NE

Mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance :

Collyre (une seule fois) : Oui Non

ARV si mère séropositive
 Oui Non

Vit K1
 1mg (IM) Oui Non
 2mg (Orale) Oui Non

Examen systématique du nouveau-né
 Oui Non

Anomalies : Oui Non Si oui, préciser :

DELIVRANCE

Naturelle : Oui Non

Artificielle : Oui Non

Assistée (GATPA) : Oui Non

Ocytocine 10 UI 1^{ère} mn : Oui Non

Traction contrôlée : Oui Non

Massage utérin : Oui Non

Hémorragie : Oui Non

Heure de délivrance : / ___ / h / ___ / mn

PLACENTA

Examen de la

Cotylédons intègres : Oui Non

Présence de cupule : Oui Non

Examen de la face fœtale

Petit côté : / ___ / cm

Grand côté : / ___ / cm

Insertion du cordon : / ___ /

Longueur du cordon : / ___ / cm

Poids du placenta : / ___ /

SENSIBILISATION

PF : Oui Non Acceptation : Oui Non

Méthode choisie :

Allaitement : Oui Non si non préciser Motif :

CARTE INFANTILE REMPLIE : Oui Non VITAMINE A à l'accouchée : Oui Non

ISSUE

Femme référée : Oui Non

Femme décédée : Oui Non

Nouveau-né référé : Oui Non

Nouveau-né décédé : Oui Non

