

N° code individuel:  section  canton  s-f.  m.n.  cab.

N° de la statistique:

Canton domicile femme  Canton du lieu de naissance

Date du dernier contact  Km aller

Consultation par une autre s-f qui a rempli une statistique pour cette patiente  oui  non  inconnu (même grossesse/accouchement)

En cas de suivi sur 2 années, est-ce que la statistique a été remplie par la même sage-femme  oui  non

## Partie A: à toujours remplir, s.v.p.

### Mère (toujours remplir, s.v.p.)

- Année de naissance mère:  (en 4 chiffres)
- Nationalité:  CH  autre  
Spécifiez:  Code Nationalité
- Mode de vie:  partenariat/mariage  pas de partenariat/monoparental
- Formation professionnelle  en formation  
 pas de profession/formation élémentaire >2ans  
 2 à 4 ans d'apprentissage  
 formation supérieure spécialisée
- Activité professionnelle avant l'accouchement  
 oui  non  inconnu  
Si oui, spécifiez:  
 à temps partiel  à 100%  
 Cessation de l'activité professionnelle, date connue à  sem.grossesse  
 date inconnue  
 avec certificat médical
- Reprise de l'activité professionnelle après l'accouchement  
 oui  non  inconnu  
Si oui, spécifiez:  
 Date connue, à  semaines après l'accouchement  
 Reprise planifiée, date inconnue
- Lieu prévu pour l'accouchement  
 à domicile  à la maison de naissance  
 à l'hôpital  à l'hôpital avec s-f agréée
- Gestité  I  II  III  IV  plus  
Parité  0  I  II  III  IV  plus
- Naissance multiple:  non  oui

### Préparation à la naissance

- Cours de préparation suivi avec une sage-femme  
 oui  non  inconnu

### Méthodes complémentaires

- Méthodes complémentaires utilisées:  
 Code A  Code A  Code A
- Code A  Code A  Code A

### Prévention (durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum)

- Conseils pour divers problèmes (plusieurs réponses possibles)  
 tabagisme  alimentation  
 alcool  contractions précoces  
 médicaments  prophylaxie anti-thrombose  
 dépression pp.  préparation du périnée  
 violence  contraception / sexualité  
 situation sociale  autre:
- Demande d'avis/ de prise en charge par un(e) spécialiste (plusieurs réponses possibles)  
 obstétrique  psychiatrie/psychologie  
 diététique  assistance sociale  
 ultrasons  autre  
 pédiatrie

### 14. Avortement spontané

- avortement spontané avant 24 semaines  suivi par une sage-femme exclusivement

### 15. Consultations prénatales et/ou CTG effectuées:

- oui  aller à la question 16  
 non  aller à la question 21

### Contrôles de grossesse

- Nombre de consultations faites par la sage-femme:  
1er trimestre 0-12:   
2ème trimestre 13-24:   
3ème trimestre 25-40:   
après terme:
- Grossesse pathologique  oui  non  
Spécifiez:  Code B  Code B
- Hospitalisation pendant la grossesse  
 oui  non  
Spécifiez:  Code B
- Transfert avant un accouchement désiré à domicile ou en maison de naissance:  
 oui  non  
Spécifiez:  Code B
- CTG par sage-femme:  non  oui

### 21. Accouchement commencé/réalisé par la sage-femme:

- oui  début et déroulement  remplissez partie B, s.v.p.  
 seulement début d'accouchement  
 non  allez à la question 22 (sans post-partum allez à la question 32)

### Accouchement

- Où a eu lieu l'accouchement?  
 à domicile  à la maison de naissance  à l'hôpital  à l'hôpital avec s-f agréée  autre
- Type d'accouchement  
 vaginal  vaginal, instrumenté  par césarienne  césarienne de convenance
- Déroulement:  
 physiologique  pathologique Si pathologie, spécifiez:  Code C
- Périnée  
 intact  épisiotomie  déchirure  autre
- Transfert interne/externe de dd.mm.yyyy  non  oui
- Enfant
- Date de naissance
- Poids naissance  g Poids naissance 2ème jum.
- Age gestat.  sg/ jours
- Pathologie pp.  
 non  oui  
Si oui spécifiez: Code E  Code E
- Transfert enfant en néonatalogie  non  oui

### 32 Consultations post-partum effectuées:

- oui  aller à la question 33  
 non  pas d'autres questions

### Post-partum

- Raison de la prise en charge  
 Post-partum acc. ambulatoire hospitalier  Sortie de l'hôpital jusqu'au 4ème jour post-partum  
 Post-partum après un acc à dom ou en MN  Sortie de l'hôpital après le 4ème jour post-partum  autre
- Nombre de nuits à la maison de naissance  
 mère  père
- Moment de la prise en charge et nombre de visites (1-10 jours):  
2 - 24 h  (nombre) 2e contrôle  (nombre)  
24 - 96 h  (nombre)  
5. - 10 j  (nombre)
- Pathologie mère  oui  non Spécifiez:  Code D  Code D  
Pathologie enfant  oui  non Spécifiez:  Code E  Code E  
Cons. en allaitement  oui  non Spécifiez:  Code G  Code G  
Ind. psychosociale  oui  non Spécifiez:  Code F
- Contrôles sur ordre médical après 10 jours (nombre)  
Pathologie mère  oui  non Spécifiez:  Code D  
Pathologie enfant  oui  non Spécifiez:  Code E  
Conseils en allaitement  oui  non Spécifiez:  Code G  
Indication psychosociale  oui  non Spécifiez:  Code F
- Conseils en allaitement après 10 jours (nombre)  Spécifiez:  Code G  Code G
- Gymnastique post-partum et / ou rééducation périnéale  oui
- Hospitalisation nécessaire  mère  enfant  
Spécifiez:  Code D  
Spécifiez:  Code E
- Consultation après 6 semaines  oui

**PARTIE B : Merci de remplir cette partie seulement si vous avez commencé ou fait l'accouchement vous-même**

**Début d'accouchement suivi par la sage-femme**

B 1. Lieu du début de la prise en charge de l'accouchement

- à domicile     à la maison de naissance     autre  
 à l'hôpital     à l'hôpital avec s-f agréée

B 2. Présence constante de la sage-femme *dd.mm.yyyy* *hh:mm*

dès date: [ ] heure: [ ]  
 jusqu'au date: [ ] heure: [ ]

B 3. Surveillance foetale:  Dopson

CTG

B 4. Rupture poche

- RPM  
 RSM  
 RAM

B 5. Rupture poche date/heure *dd.mm.yyyy* *hh:mm*

date: [ ] heure: [ ]  
 moment inconnu

B 6. Liquide amniotique :  clair     méconial, teinté

- autre     inconnu

B 7. Contractions régulières à partir de: *dd.mm.yyyy* *hh:mm*

date: [ ] heure: [ ]

B 8. Recours à une 2ème sage-femme:

- non     oui

B 9. Présence constante 2ème s-f *dd.mm.yyyy* *hh:mm*

dès date: [ ] heure: [ ]  
 jusqu'au date: [ ] heure: [ ]

B 10. Recours au médecin avant la naiss.

- non     oui

**B 11. Transfert à l'hôpital et réalisation de l'accouchement:**

Réalisation de l'accouchement par vous-même

➔ allez à la question B15

Transfert à l'hôpital durant l'accouchement

➔ allez à la question B12

Pas de transfert, mais transmission du suivi de l'accouchement à l'équipe hospitalière

➔ retournez partie A, question 22

**Transfert à l'hôpital durant l'accouchement (<2h pp.)**

B 12. Raison du transfert durant l'accouchement (plusieurs réponses possibles)

Spécifiez : [ ] Code C  
 [ ] Code C  
 [ ] Code C

autre, précisez: [ ]

B 13. Urgence

- urgence vitale     pas d'urgence vitale

**B 14. Réalisation de l'accouchement après transfert à l'hôpital**

par la sage-femme qui transfère (mind. bis AP)

➔ allez à la question B15

par le personnel hospitalier

➔ retournez partie A, question 22

**Déroulement de l'accouchement réalisé par la sage-femme**

B15. Lieu de la naissance

- à domicile     à l'hôpital avec s-f agréée     autre  
 à l'hôpital     à la maison de naissance

B16. Présence du père:  non     oui

B17. Durée de l'accouchement

Durée phase dilatation (1-10 cm) [ ] h [ ] mm  
 Durée phase expulsive (10 cm - nais.) [ ] h [ ] mm  
 Durée phase placentaire [ ] h [ ] mm

B18. Position d'accouchement

[ ] Code I

B19. Dilatation dans l'eau

- non     oui

B20. Accouchement dans l'eau

- non     oui

B21. Déroulement

- physiologique  
 pathologique

Spécifiez : [ ] Code C  
 [ ] Code C

B22. Intervention médicale pendant l'accouchement

- non     oui

Spécifiez: [ ] Code J

B23. Placenta complet

- non     oui

B24. Anomalie du placenta

- non     oui

B25. Phase placentaire

- passive     active

B26. Lésions obstétricales

- non     oui

Si oui, spécifiez :

- déchirure     I     II     III     IV  
 lésion des lèvres     citoris  
 déchirure vaginale     déchirure du col utérin  
 épisiotomie

B27. Suture

- non     oui    si oui, par:  sage-femme     médecin     les deux

B28. Transfert de la mère après l'accouchement (>2h pp)

- non     oui

Si oui, spécifiez: [ ] Code C

**Enfant**

B29. Date de naissance

*dd.mm.yyyy* *hh:mm*  
 date: [ ] heure: [ ]

B30. Poids naissance

[ ] g

B31. Age gestationnel

[ ] sg/jours

B32. Taille

[ ] cm    Ø crânien [ ] cm

B33. Position fœtale

[ ] Code H

B34. Apgar

1 min [ ] 5 min [ ] 10 min [ ]

B35. Pathologies pp

- non     oui

Si oui, spécifiez : [ ] Code E  
 [ ] Code E

B36. Intervention du médecin auprès de l'enfant

- non     oui

B37. Contrôle chez le pédiatre (48h)

- non     oui

B38. Réanimation par la sage-femme

- non     oui

Si oui, spécifiez:  O2 sans ou avec ventilation  
 autre

B39. Aspiration par la sage-femme

- non     oui

B40. Transfert en néonatalogie

- non     oui

Si oui, spécifiez: [ ] Code E

B41. Première mise au sein:

- dans l'heure suivant la naissance  
 plus tard  
 jamais/sevrage