

Table des matières

Page 3	Données personnelles (contrôles de grossesse et acc. avec sage-femme), couverture 1
Page 4	Anamnèse des besoins
Page 5	Anamnèse familiale et personnelle
Page 6	Suivi de la grossesse
Page 7	Contrôles de grossesse
Page 8	Observations lors des contrôles de grossesse
Page 9	Suivi de l'accouchement; contrôle à l'entrée et suivi de l'accouchement
Page 10	Feuille de suite (accouchement, allaitement etc.)
Page 11	Partogramme
Page 12	Résumé de l'accouchement – mère
Page 13	Transfert à l'hôpital
Page 15	Résumé de l'accouchement – enfant
Page 16	Examen clinique du nouveau-né
Page 17	Feuille de surveillance du nouveau-né
Page 19	Données personnelles (version résumée pour pp et allaitement) couverture 2
Page 20	Accouchement, observations
Page 21	Suivi post-partum – mère
Page 22	Suivi post-partum – enfant
Page 23	Contrôle post-partum
Page 25	Rapport de l'accouchement et de sortie – mère
Page 26	Rapport de sortie – enfant
Page 27	Consultation d'allaitement
Page 28	Consultation d'allaitement, feuille de suite
Page 29	Rapport final pour le médecin traitant
Page 31	Rapport final pour la sage-femme: accouchée avec enfant mourant ou après mort périnatale
Page 35	Feuille d'information «anamnèse des besoins»

Sage-femme:

Données personnelles

Nom et prénom:

Date de naissance:

Nom, prénom de l'enfant:

Date de naissance enfant:

Adresse, téléphone, courriel:

Km (aller):

Nationalité:

Assurance:

Mode de vie:

 Partenariat/mariage Pas de partenariat/célibataire

Nom du partenaire:

Profession de la femme:

 Pas de prof./appren. < 2 ans Formation supérieure

 Formation prof. de 2–4 ans
Emploi avant l'accouchement: Non
 Oui à 100% Temps partiel
Fin de l'activité professionnelle: Moment connu à
 SG sur OM Moment inconnu

Reprise du travail après l'accouchement:

 Reprise planifiée/moment inconnu Reprise non planifiée

 Moment connu semaines après l'accouchement

 Inconnu

Lieu d'accouchement planifié/souhaité:

 à domicile Maison de naissance
 Hôpital et/ou avec SFI agréée

Lieu d'accouchement, téléphone, date d'inscription:

Cours de PAN:

 Oui Non Imprécisé

Consultation par une autre sage-femme:

 Oui Non Imprécisé

Médecin:

Pédiatre:

Terme définitif:

G:

P:

Début des soins:

Fin des soins:

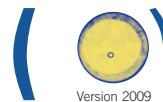
Particularités:

Déclaration d'assentiment:

Je suis d'accord que des données issues de ce dossier obstétrical soient utilisées à des fins statistiques sous forme anonyme.

Lieu, date:

Signature:



Calcul du terme

DR:	Cycle:	Conception:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Terme présumé:	Corrigé US:	Terme définitif:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Examens de laboratoire (Date de l'examen, pour résultats voir copies feuilles labo)

Sérologie	Date		Date		Date	Bactériologie	Date
Rubéole		Toxoplasmose 1 ^{er} test		Hépatite B		Gonorrhée/Chlamydia	
HIV		Toxoplasmose 2 ^{ième} test		Hépatite C		Strepto B	
Syphilis		Toxoplasmose 3 ^{ième} test					
AC Rh		Prophylaxie anti-Rh					
AC Rh		Prophylaxie anti-Rh					

Diagnostic prénatal

Examen	Date	SG	Résultats <small>(voir copie rapport médical)</small>
US 1			
US 2			
US 3			

Interventions: entretiens, conseil, thérapies:

Mise en application de/des méthode/s suivante/s:

Prévention:

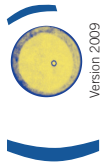
- Tabac
 Alcool
 Médicaments
 Thrombose
 Violence
 Conseils pour l'accouchement
 Alimentation
 Contrac. prématurées
 Dépression
 Prép. du périnée
 Situation soc.
 Contraception/sexualité

Pathologie pdt grossesse: Hosp. pendant grossesse:

Transfert à médecin:

Contrôles de grossesse

Nom/TP

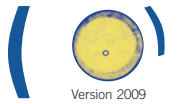


Version 2009

Contrôle/date	1	2	3	4	5	6	7
SG							
Poids							
Circ. abd./HU							
Présentation							
BCF							
Mouvements fœtaux							
TA							
Urines: protéines/sucre	P	S	P	S	P	S	P
Oedèmes							
Varices							
Hémoglobine							
TV: long./consist. pos./dil. présentation							
Particularités Plaintes/MAP							
Mesures diagnostiques et thérapeutiques laboratoires, CTG							
Prochain RV:							
Signature:							

Observations lors des contrôles de grossesse

(Impressions subjectives, état psychique, problèmes sociaux, mesures, accords)

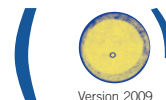


Nom _____

Contrôle 1	Date:
Contrôle 2	Date:
Contrôle 3	Date:
Contrôle 4	Date:
Contrôle 5	Date:
Contrôle 6	Date:
Contrôle 7	Date:
	Date:

Résumé de l'acc. mère

Date/Nom



Lieu de l'accouchement: _____

Présence du père: Oui Non

RM: Date/Heure Spontané Artificielle Prématurée Tempestive

Coloration RM: Claire Méconiale Inconnue **BCF:** Doptone CTG Autres

Coloration acc.: Claire Méconiale

Durée acc.: RM-naiss. h/min. Dilatation (1-10 cm) h/min. Expulsion (10 cm-naiss.) h/min. Placenta h/min.

Début des CU régulières: Heure Date Présentation visible Nbre. CU expulsion

Position: Dorsale Latérale Assise Debout 4-pattes Autres

Accouchement: Spontané dans l'eau Oui Non

Intervention médicale pendant accouchement: Oui Non

Forceps Ventouse Césarienne Péridurale Épisiotomie Délivrance art. Autres

Accouchement Date: Heure: **SG et jours:**

Placenta: Heure Complet Membranes complètes Particularités Période plac. Active Passive Délivrance manuelle

Cordon omb.: Section Circulaires Particularités 3 vaisseaux Oui Non

Heure

Pertes sang. ml:

Périnée: intact Lésion labiales Suture par: Sage-femme Anesthésie: Spray

Déchirure Déchirures labiales Médecin Gel

Degré Déchirures vaginale Épisiotomie Infiltration

Accouchement: Physiologique Pathologique

Médicaments / autres thérapies:

Thérapie d'urgence par sage-femme: Oui Non

Transfert mère après accouchement: Oui Non

Clinique de l'accouchée

Heure pp: **TA:** **P:** **Temp.:**

Utérus: **Pertes:** **Miction:**

Observations:

Sage-femme: Signature/tampon à

2^{ème} sage-femme à

Médecin: Signature à

Nom, prénom de l'enfant:

Date, heure de naissance:

Sexe: masculin féminin

Age gest.:

 Semaines/jours

Présentation:

Poids:

 g

Taille:

 cm

PC:

 cm

Température:

 °C

Glycémie:

 mmol

GR + Rh

Coombs

Mise au sein:

- Dans l'heure après naissance
 Plus tard Jamais

Vitamine K: Oui Non

Méconium:

Oui Non

Miction:

Oui Non

Apgar	0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.
Coloration	bleue ou blanc	corps rose extr. bleues	rose			
Respiration	aucune	partielle irrégulière	régulière tonique			
Tonus	mou	moyen, peu de mouvements	bon mvts. spont.			
Réflexes	aucun	«grimaces»	toux ou étournement			
Pulsation	aucune	< 100	> 100			
TOTAL						

Aspiration: Oui Non

Réanimation: Oui Non

O₂ avec ventilation

O₂ sans ventilation

Pathologie pp: Oui Non

Transfert: Oui Non

SDR

Infection

Malformation

Hypoglycémie

Autres

Interventions méd.: Oui Non

Particularités/malformations:

Adaptation néonatale

Heure:

R:

P:

Température:

Posture anormale: Oui Non

Mouvements spontanés anormaux: Oui Non

Tonus normal: Oui Non

Réflexe de Moro: Oui Non

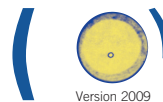
Préhension: Oui Non

Ictère: Oui Non

Commentaires et décisions:

Signature sage-femme

Examen clinique du nouveau-né



Mère _____

Enfant _____

Date: _____

Jour de vie: _____

Clinique physiologique

Clinique pathologique

Non examiné

Heure					
Pâleur			Fract. clavicule		Abdomen
Cyanose			Membres sup.		Foie
Ictère			Membres inf.		Rate
Exanthème			Ortolani		Reins
Pétéchies			Torticolis		Ombilic
Blessures			Colonne vertébrale		Hernies
Desquamation					Organes génitaux
Mains de lavandière			Fréq. respiration		Périnée
Imprégnation méconiale			Tirages		
Oedèmes			Gémissements		Comportement
Hémangiome			Battem. ailes nez		Posture
			Auscult. respiration		Mouvements
PC en cm			Fréq. cardiaques		Parésie
Céphalématome			Palp. cardiaques		Trémulations
Bosse séro-sanguine			Bruits cardiaques		Tonus: memb. sup
Fontanelles, sutures			Souffle card.		Tonus: memb. inf.
Yeux			Puls. fémorale		Tonus: axial
Parésie faciale			Recoloration		Succion
Oreilles					Moro
Nez					Cri
Bouche, mâchoires					Contact visuel

Malformations:

Observations:

Contrôle dans _____

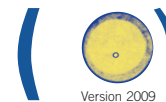
semaines chez _____

Sage-femme:

Date/tampon/signature

Pédiatre:

Feuille de surveillance du nouveau-né



Coordonnées

Nom, prénom de la mère:

Date de naissance:

Nom, prénom du père:

Adresse, téléphone, portable:

Grossesse

Gestité:

Parité:

Sérologie: voir copies feuilles labo/carnet mat.

Groupe sanguin/facteur Rh/AC:

Strepto B:

Toxo:

Rubéole:

CMV:

Varicelle:

HIV:

Hépatite B/C:

Anamnèse/particularités:

Naissance

Date, heure de naissance:

SG:

Position foetale:

Rupture membranes, date et heure:

Liquide amniotique:

Fréq. cardiaque:

Placenta

Cordon ombilical:

Fièvre sub partu:

Médicaments:

Enfant

Nom, prénom:

masculin

féminin

Poids:

 g

Longueur:

 cm

Périmètre crânien:

 cm

APGAR:

 / /

Vitamine K reçue: oui non

Prélèvement sang du cordon (Coombs): oui non

Observations / particularités:

Sage-femme:

Données personnelles (Résumé pour pp et allaitement)

Nom et prénom:

Date de naissance:

Nom, prénom de l'enfant:

Date de naissance enfant:

Adresse, téléphone, courriel:

Km (aller):

Nationalité:

Assurance:

Mode de vie:

 Partenariat/mariage Pas de partenariat/célibataire

Nom du partenaire:

Profession de la femme:

 Pas de prof./appren. < 2 ans Formation supérieure

 Formation prof. de 2–4 ans
Emploi avant l'accouchement: Non
 Oui à 100% Temps partiel
Fin de l'activité professionnelle: Moment connu à
 SG sur OM Moment inconnu

Reprise du travail après l'accouchement:

 Reprise planifiée/moment inconnu Reprise non planifiée Moment connu semaines après l'accouchement

Lieu d'accouchement planifié/souhaité:

 à domicile Maison de naissance
 Hôpital et/ou avec SFI agréée

Lieu d'accouchement, téléphone, date d'inscription:

Cours de PAN:

 Oui Non Imprécisé

Consultation par une autre sage-femme:

 Oui Non Imprécisé

Médecin:

Pédiatre:

Début de traitement:

Fin de traitement:

Grossesse

G: P: DR: TP: Terme définitif Groupe sanguin: Proph. anti-Rh: Oui Non

Anamnèse résumée et particularités de la grossesse: (p. ex. allergies etc.)

Déclaration d'assentiment:

Je suis d'accord que des données issues de ce dossier obstétrical soient utilisées à des fins statistiques sous forme anonyme.

Lieu, date:

Signature:

Date: Semaine pp: Signature sage-femme:

Entretien sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum:

Anamnèse de la situation actuelle

Etat physique:

Satisfaction/surmenage:

Enfant/sommeil:

Allaitement/seins:

Alimentation/nicotine/drogues/médicaments:

Examens

TA: P: Poids: Miction: Hb:

Périnée/suture/cicatrice:

Saignements, involution utérine et du col:

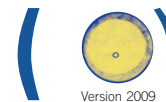
Etat du plancher pelvien/hémorroïdes:

Seins:

Conseils

Alimentation enfant, partenariat et sexualité, contraception, situation psychosociale, travail et profession:

Rapport de l'accouchement et de sortie – mère



Accouchement amb. Sortie avant 72 h Indication psycho-sociale Suivi post-partum sur ordonnance médicale

Hôpital/
Mais. naiss.:
Date de sortie:
Médecin:

Données personnelles

Nom mère: Date de naissance:
Adresse, téléphone:
Assurance:

Résumé de l'anamnèse

Allergies /Statut après:

Accouchement

Date: Heure: Placenta:
Périd.: Oui Non Périnée: Pertes sang.:
Accouchement: Spontané Ventouse Forceps Césarienne

Particularités accouchement:

Médicaments ap:
Médicaments pp:

Pour accouchement ambulatoire: Etat général mère post partum

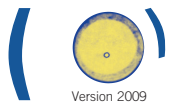
Température: P: TA: Miction: Oui Non
GR/Rh: Proph. anti-Rh: Oui Non Utérus: Pertes:
Médicaments/
Observations:
Date, signature sage-femme:

Après hospitalisation

Température: P: TA:
Utérus: Lochies:
Soins suture avec: Soins mam. avec:
Médicaments:
Observations:
Date, signature:

Rapport de sortie – enfant

pour accouchement ambulatoire



Date

Nom, prénom mère:	<input type="text"/>			
Nom, prénom enfant:	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Date de naissance et heure:	<input type="text"/>			SG: <input type="text"/>
Poids:	<input type="text"/> g	Taille:	<input type="text"/> cm	PC: <input type="text"/> cm
pH art.:	<input type="text"/>	pH vén.:	<input type="text"/>	Temp.: <input type="text"/>
Resp.:	<input type="text"/>	Vit. K.:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Guthrie: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
GR + Rh:	<input type="text"/>	Coombs:	<input type="text"/>	
Mise au sein	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Glucose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Miction <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Méconium				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicaments/ particularités:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Pédiatre:	<input type="text"/>			

Après hospitalisation

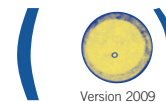
Jour post-partum:	<input type="text"/>	Poids de sortie:	<input type="text"/> g	Température:	<input type="text"/> °C
Bilirubine cap. le:	<input type="text"/>	Bilirubine transcut. le	<input type="text"/>	Allait:	<input type="checkbox"/> comp. <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> Non
Souhaits de la mère pour allaitement, problèmes:					
<input type="text"/> <input type="text"/>					
Compléments:					
<input type="text"/>					
Soins ombilicaux avec:					
<input type="text"/>					
Médicaments:					
<input type="text"/>					
Observations:					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Date, signature:	<input type="text"/>				

Confirmation de la prise en charge par sage-femme

Nom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tél.:	<input type="text"/>

Rapport final

pour le médecin traitant



Version 2009

Sage-femme:

Données personnelles

Nom de la mère:	<input type="text"/>	Date de naiss.:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Téléphone:	<input type="text"/>	Suivi du	<input type="text"/> au <input type="text"/>

Accouchement

Lieu:	<input type="text"/>	G/P:	<input type="text"/>		
Date de naiss.:	<input type="text"/>	Heure:	<input type="text"/>	SG:	<input type="text"/>
Durée dil.:	<input type="text"/>	Durée exp.:	<input type="text"/>	RM:	<input type="text"/>
LA:	<input type="text"/>	BCF:	<input type="text"/>	Mode:	<input type="text"/>
Périnée:	<input type="text"/>	Placenta:	<input type="text"/>	Pertes sang.:	<input type="text"/>
GR + Rh:	<input type="text"/>	Prophylaxie anti-Rh	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Observations:

Mère

Utérus:	<input type="text"/>	Lochies:	<input type="text"/>	Seins:	<input type="text"/>
Déch. pér./lèvres/vagin:	<input type="text"/>	Problèmes suivi pp:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Observations:

Enfant

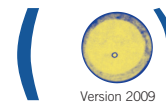
Nom	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin							
Présent.:	<input type="text"/>	Apgar:	<input type="text"/>	Adaptation:	<input type="text"/>				
Poids de naiss.:	<input type="text"/> g	Poids au	<input type="text"/> jour:	<input type="text"/> kg	Taille:	<input type="text"/> cm	PC:	<input type="text"/> cm	
Test de Guthrie:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Vitamine K:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Allait.:	<input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> Non		

Remarques (p. ex. ombilic, alimentation):

Date, signature:

Rapport final

pour la sage-femme: accouchée avec enfant mourant
ou après mort périnatale



Hôpital/Maison de naissance:

Personne de référence (Nom/tél.):

Nom, prénom mère:

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone:

Nationalité: CH Autres

Nom du partenaire:

Nationalité: CH Autres

Langue

(éventl. traduction):

Origine/religion:

Enfant: Nom, prénom, sexe

Date de naissance:

Heure de naissance:

Poids:

Taille:

Jour, heure du décès:

Déclaration obl.? Oui Non

Suivi

• Grossesse (diagnostic prénatal, complications):

• Accouchement (mode, déroulement, anesthésie, médicaments):

• Traumatismes:

Pertes sang.:

Période plac.:

• Enfant

Diagnostic:

Suivi:

Relation parents – enfant:

• Post-partum précoce mère (déroulement, médicaments):

GR + Rh mère:

Prophylaxie anti-Rh:

Contrôle HbF:

Sevrage:

• Statut sortie mère

Système circulatoire:

Utérus/lochies:

Déchirures:

Seins:

Médicaments:

Résultats labo importants:

Etat psychique mère:

Père:

Frères et sœurs évent.:

Réseau social:

Enfant mourant

Retour à dom. avec mère:

Soins palliatifs (chaleur, alimentation, analgésie, évent. O₂, soins spécifiques):

Personne de référence/soutien (pédiatre, médecin de famille, service amb. pédiatrique):

Enfant hospitalisé: service/personne de référence (nom, tél.)

Où se trouve l'enfant à la sortie de la mère?

Aménagement, temps avec l'enfant (cérémonie, baptême, famille):

Pathologie:

Enterrement: aménagement par la famille et/ou par les pompes funèbres:

Observations:

Autres personnes impliquées (religieux, accompagnant, puériculture, thérapeute):

Matériel d'information:

Groupe d'entraide Accompagnement Cours gymnastique pp. spéc. littérature

• Suivi planifié

Entretien à l'hôpital:

Accompagnement religieux:

Entretien sur le rapport d'autopsie:

Contrôle post-partum:

Autres:

• Certificats/OM/autres annexes

CIT mère:

CIT père:

OM pour suivi post-partum sage-femme

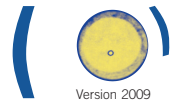
Résultats labo

Protocole d'accouchement

Date, heure, signature:

Feuille d'information

«Anamnèse des besoins»



L'anamnèse des besoins sert à décrire les sentiments, souhaits et peurs de la femme en rapport avec la grossesse, l'accouchement et le rôle maternel. Il est donc très important de connaître les besoins, les habitudes, la définition personnelle de la santé, la situation familiale et la gestion des problèmes ou crises.

La récolte des données doit se faire avec des questions ouvertes, afin de permettre une description subjective du ressenti et des opinions. Sont à éviter toutes les questions ne permettant qu'une réponse par oui ou par non.

Les questions suivantes sont proposées comme exemples. Elles doivent être adaptées à la situation spécifique:

- Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus?
- Qu'est-ce qui vous aide par rapport à ce problème?
- Quels objectifs vous sont-ils particulièrement importants?
- Comment va votre famille/votre partenaire?
- Quels sont vos souhaits/attentes par rapport à la sage-femme et au suivi demandé?
- Qu'est-ce qui vous aide par rapport à la naissance à venir?
- Comment avez-vous vécu votre/vos premier(s) accouchement(s)?
- Avec la venue d'un (autre) enfant les changements dans votre famille sont programmés.
Quels sont vos pensées/sentiments à ce propos?
- Vous (et votre partenaire) allez exercer un tout nouveau rôle, celui de parent. Quels sont vos impressions?
Y a-t-il des choses qui vous préoccupent?

Les questions concernant les **besoins** comprennent les habitudes alimentaires, l'hydratation, l'élimination, le sport et le repos, mais aussi les sentiments/émotions et le besoin de savoir sur le thème de «devenir mère».