

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	Données personnelles (version résumée pour pp et allaitement) couverture 2
Page 18	Accouchement, observations
Page 19	Suivi post-partum – mère
Page 20	Suivi post-partum – enfant
Page 21	Contrôle post-partum
Page 23	Rapport de l'accouchement et de sortie – mère
Page 24	Rapport de sortie – enfant
Page 25	Consultation d'allaitement
Page 26	Consultation d'allaitement, feuille de suite
Page 27	Rapport final pour le médecin traitant
Page 29	Rapport final pour la sage-femme: accouchée avec enfant mourant ou après mort périnatale
Page 33	Feuille d'information «anamnèse des besoins»



Sage-femme:

Données personnelles

Nom et prénon	1:			Da	te de naissance:
Nom, prénom o	de l'enfant:			Da	te de naissance enfant:
Adresse, téléph	none, courriel:				
				17	(II)
				Km	ı (aller):
Nationalité:			Assurance:		
Mode de vie: ☐ Partenariat/n	nariage 🔲 Pas de	partenariat/célibataire			
Nom du parten	aire:				
Profession de I	a femme:				
	<u>u 1011111101</u>			of./appren. < 2 ans	☐ Formation supérieure
				prof. de 2-4 ans	
	'accouchement:	□ Non	Oui	□ à 100%	☐ Temps partiel
Fin de l'activité	é professionnelle:	☐ Moment connu à	SG	sur OM	☐ Moment inconnu
	vail après l'accouche fiée/moment inconnu	ement: Reprise non planifié		connu sema	aines après l'accouchement
Lieu d'accouch	nement planifié/sou	haité:	Lieu d'accou	chement, téléphor	e, date d'inscription:
☐ à domicile		son de naissance			
☐ Hôpital et/ou Cours de PAN:	ı ave	c SFI agréée			
Oui	□ Non	Imprécisé			
Consultation pa	ar une autre sage-fer	nme:			
□ Oui	□ Non	☐ Imprécisé			
Médecin:			Pédiatre:		
Terme définitif	:	G: P:		Début des soins:	Fin des soins:
Particularités:					
Déclaration d'a		ssues de ce dossier obs	tátrical soiont	itilisées à des fins (statistiques sous formo
anonyme.	a que des dominees i				otatiotiques sous forme
Lieu, date:			Signature:		

Anamnèse



Anamnèse des besoins

- Sentiments, souhaits et peurs de la femme en rapport avec la grossesse, l'accouchement et le rôle maternel
- Besoins (alimentation/comportement alimentaire, besoin en liquides, élimination, sport et repos)

 Situation familiale, habitudes, définition personnelle de la santé, gestion des problèmes ou crises Vécu subjectif concernant accouchement-s précédent-s (y compris dépression du post-partum)



Anamnèse familiale

namnèse personnelle Taille: Poids avant grossesse: Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Marcices Oui Non Autres Oui Non Autres Oui Non Médicaments Oui Non Medicaments Oui Non Medicaments Oui Non Desir d'entretien/conseils Oui Non Medicaments Oui Non Non Medicaments Oui Non
Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Oui Non Oui Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Oui Non Oui Oui Non Oui Oui Oui Non Oui Ou
Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Ou
Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Ou
Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Ou
Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Ou
Maladies graves, infections gynécologiques, accidents, opérations inclus: Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Médicaments Oui Non Non Médicaments Oui Non
Groupe sanguin et facteur Rh: Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Prophylaxie anti-Rh Oui Non Autres Oui Non Médicaments Oui Non Oui
Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Orogues Oui Non Désir d'entretien/conseils Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Oui
Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Médicaments Oui Non Orogues Oui Non Désir d'entretien/conseils Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui Oui
Varices Oui Non Thromboses/Embolies Oui Non Medicaments Oui Non Orogues Oui Oui
Varices Oui Non
Varices Oui Non
Varices Oui Non
Problèmes reins-vessie Oui Non Autres Oui Non Médicaments Oui Non Nicotine Oui Non Drogues Oui Non Désir d'entretien/conseils Oui Non Non Désir d'entretien/conseils Oui Non Oui Non Désir d'entretien/conseils Oui Non Oui Oui Non Oui Non Oui
Drogues Oui Non Désir d'entretien/conseils Oui Non Allergies: Alimentation: Violence/ Dépress.p.p.: Waltraitance: Emploi: Situation sociale/familiale: (p. ex. famille recomposée) Seins/mamelons: (anamnèse détaillée voir «Anamnèse des besoins» et/ou «consultation d'allaitement»)
Psychisme: Dépress.p.p.: Emploi: Situation sociale/familiale: (p. ex. famille recomposée) Seins/mamelons: (anamnèse détaillée voir «Anamnèse des besoins» et/ou «consultation d'allaitement»)
Emploi: Situation sociale/familiale: (p. ex. famille recomposée) Seins/mamelons: (anamnèse détaillée voir «Anamnèse des besoins» et/ou «consultation d'allaitement»)
Emploi: Situation sociale/familiale: (p. ex. famille recomposée) Seins/mamelons: (anamnèse détaillée voir «Anamnèse des besoins» et/ou «consultation d'allaitement»)
Situation sociale/familiale: (p. ex. famille recomposée) Seins/mamelons: (anamnèse détaillée voir «Anamnèse des besoins» et/ou «consultation d'allaitement»)
Seins/mamelons: (anamnèse détaillée voir «Anamnèse des besoins» et/ou «consultation d'allaitement»)
Désir d'allaitement □ Oui □ Non Contraception/Traitement de la stérilité:
rossesses antérieures (Avortements/IVG/GEU/môle hydatiforme inclus)
Date/SG/Lieu d'accouchement Grossesse Accouchement Enfant/allaitement Post-partum

Suivi de grossesse



Calcul du terme

DR:			Cycle:				Conception:	
Terme présu	ımé:		Corrigo	é US:			Terme définitif:	
Examens	de lab	oratoire	Date de l'examen,	pour résultats v	oir copies feuilles la	abo)		
Sérologie	Date			Date		Date	Bactériologie	Date
Rubéole			nose 1er test		Hépatite B		Gonorrhée/Chlamydia	
HIV			nose 2 ^{ième} test		Hépatite C		Strepto B	
Syphilis AC Rh		Prophylaxi	nose 3 ^{ième} test ie anti-Rh					
AC Rh		Prophylaxi						
Diagnostic	c prén	atal						
Examen	[Date	SG	Résultats	(voir copie rapport	médical)		
US 1								
US 2 US 3								
03.3								
nterventions: entretiens, conseil, thérapies:								
Prévention: Tabac	☐ Alco	ool		aments 🔲 1	Fhrombose Prép. du périné		ence	
Pathologie p	dt grosse:	sse:			Hosp. pend	dant gross	esse:	
Transfert à m	nédecin:							

Contrôles de grossesse

Contrôle/date		0		cc		4		٦		9		7		
SG	1	I)))				
Poids														
Circ. abd./HU														
Présentation														
BCF														
Mouvements fætaux														
TA														
Urines: protéines/sucre	<u>S</u>	۵	S	۵	S	۵	S	۵	S	۵	S	<u>ح</u>		
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:

Suivi de l'accouchement





Contrôle à l'entrée

Date:	Heure:	SG:	Poids:	Augmentation:	Oedèmes □ Oui □ Non
TA/P/T°:	Urines:	Circ. abd./HU:	Début CU:	RM:	LA:
Col:	Dilatation:	Présentation:	Position:	BCF:	Médecin appelé avant acc. □ Oui □ Non

	uchement			
Début de l'acc.: Date/Heure	à domicile 🗌	Maison de naissance □	Avec SFI agréée à l'hôpital 🗆	Autre 🗆

Suivi de l'accouchement, feuille de suite

Date/Heure	
Date/ Heure	

Résumé de l'acc. mère



Lieu de l'accouchen	nent:				Présence du pè	ere: 🗌 Oui 🗌 Non	
Coloration RM: Coloration acc.:	Date/Heure ☐ Mécon☐ Claire ☐ MécorRM-naiss.		☐ Sponta☐ Inconn		☐ Doptone	e	
Début des CU régulières:	h/min. Heure	h/min. Date		h/min. Présentation visible		h/min. Nbre. CU expulsion	
Accouchement: Intervention médic	☐ Spontané cale pendant accoud	☐ Latérale dans l'eau chement: ☐ Césarienne	☐ Assise ☐ Oui ☐ Oui ☐ Péridura	☐ Debout☐ Non☐ Non☐ Épisiotomie	☐ 4-pattes	☐ Autres	
Accouchem	ent Date:		н	eure:	SG et jours:		
Placenta: Heur Cordon omb.: Heur	Section	☐ Complet Période plac. Circulaires	☐ Active ☐] Passive	☐ Particularités ☐ Délivrance ma 3 vaisseaux	anuelle	
	Déchirure Degré	Lésion labiales Déchirures labiale Déchirures vagina Épisiotomie Pathologique		emme		Anesthésie: ☐ Spray ☐ Gel ☐ Infiltration	
Médicaments / autres thérapies:							
Thérapie d'urgence Clinique de l'a	par sage-femme:	Oui U Non	Tra	nsfert mère après	s accouchemen	t: U Oui U Non	
Heure pp: Utérus:		TA: Pertes:		P:	Tem Mict		
Observations:				Prése	ence de:		
Sage-femme: Signature/tampon 2 ^{ième} sage-femme Médecin: Signature					à		



Transfert à l'hôpital

pendant	accouchement	moins de 2 h. pp	plus de 2 h. pp	☐ ambulance	□ voiture privée
Date:		Heure:			
Indication:	☐ Transfert prévu ☐ RM sans cu	☐ Non-progression☐ Traumatismes	☐ BCF pathologiques☐ Désir de la mère	☐ Hémorragie ☐ Autres	☐ Rétention plac.
Degré d'urs	gence: 🗌 En danger o	de vie 🔲 Sans dar	nger de vie		
	ents/autres thérapies		igor de vie		
Wedicalli	ents/auties therapies/	tilelapie u ulgelice:			
		nar: 🗆 SFI 💢			

Résumé de l'acc. enfant



Date/Nom mère

Nom, prénom de l'enfant:											
Date, heure de n	naiseanna.			I	I	I					
Date, fieure de fi	laissailce.	Apgar	0	1	2	1 min.	5 min.	10 min.			
Sexe: Age gest.:	nasculin 🔲 féminin	Coloration	bleue ou blanc	corps rose extr. bleues	rose						
	Semaines/jours	Respiration	aucune	partielle irrégulière	régulière tonique						
Présentation:		Tomus		100 01 40 10	la a ia						
Poids:	g	Tonus	mou	moyen, peu de mouvements	bon mvts. spont.						
Taille: PC:	cm	Réflexes	aucun	«grimaces»	toux ou éter-						
Température:	°C				nuement						
Glycémie:	mmol	Pulsation	aucune	< 100	> 100						
GR + Rh											
Coombs					TOTAL						
Mise au sein: Dans l'heure après naissance Plus tard Jamais Non Witamine K: Oui Non Méconium: Miction: Oui Non Oui Non Miction: Oui Non Miction: Oui Non Non Non Non Non Miction: Oui Non											
Particularités/r	nalformations:										
Adaptation n	éonatale										
Heure:	R	:		P:		Tempé	érature:				
Posture anormale Mouvements spo Tonus normal:	ntanés anormaux:	Oui Non Oui Non Oui Non		Réflex Préher Ictère:		Oui Oui Oui	☐ Non☐ Non☐ Non				
Commentaires	et décisions:										
Signature sage-fo	emme										

Examen clinique du nouveau-né

Mère	Version 2008
Enfant	

Date:		Jour de	e vie:			
☐ Clinique physiologique	☐ Clir	nique pathologique		☐ Noi	n examiné	
Heure						
Pâleur		Fract. clavicule			Abdomen	
Cyanose		Membres sup.			Foie	
Ictère		Membres inf.			Rate	
Exanthème		Ortolani			Reins	
Pétéchies		Torticolis			Ombilic	
Blessures		Colonne vertébral	е		Hernies	
Desquamation					Organes génitaux	
Mains de lavandière		Fréq. respiration			Périnée	
Imprégnation méconiale		Tirages				
Oedèmes		Gémissements			Comportement	
Hémangiome		Battem. ailes nez			Posture	
		Auscult. respiration	on		Mouvements	
PC en cm		Fréq. cardiaques			Parésie	
Céphalhématome		Palp. cardiaques			Trémulations	
Bosse séro-sanguine		Bruits cardiaques	i		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 sema Sage-femme: Date/tampon/signature	aines chez	F	Pédiatre:			
Date/tampon/signature						



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/célibatair	e
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:	☐ 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 plan	☐ Moment connu semaines après l'accouchement lifiée ☐ Inconnu
Lieu d'accouchement planifié/souhaité:	Lieu d'accouchement, téléphone, date d'inscription:
□ à domicile □ Maison de naissance	
☐ Hôpital et/ou ☐ avec SFI agréée	
Cours de PAN: ☐ Oui ☐ Non ☐ Imprécisé	
Consultation par une autre sage-femme:	
□ Oui □ Non □ Imprécisé	
Médecin:	Pédiatre:
Début de traitement:	Fin de traitement:
rossesse	
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 ob	
Lieu, date:	stétrical soient utilisées à des fins statistiques sous forme anonyme. Signature:
	stétrical soient utilisées à des fins statistiques sous forme anonyme.



Accouchement

Date:								Heur	e:		SG et	i jours:		
☐ Domic	cile	☐ Maiso	n de r	naissand	ce	□Há	pital							
acc. v	oie basse	acc. in	nstrun	nental		☐ cé	sarienne	Э	□ périd					
perinée:		☐ intact		☐ ép	isiotomie	☐ dé	chirure							
Dérouler	ment:	physic	ologiqu	је 🗌 ра	thologique									
Particula	arités che	z la mère): [P	roph. anti	-Rh:	☐ Oui	i 🗌 Non
Nom de	l'enfant:							Г			1			
Poids:		g		Taille:		cm		PC:		cm	Ap	gar:	/	
Particula	arités che	z l'enfant	t:											
	gies p.p.:		□ No		Incertain		Tran	sfert en	néonatol	ogie:	☐ Oui	☐ Non	<u> </u>	ncertain
Vit. K: Test de	Guthrie		☐ No				Date de	e sortie:						
Observa	ations													
(p. ex. lo	rs de gross	sesses, ac	couch	nements	ou post-pa	rtum a	ntérieurs	s, besoin	s, deman	des à la	a sage-fem	nme, ac	cords):	:
 														

Suivi post-partum – mère

Nom:



Prophylaxie anti-Rh ☐ Non ☐ Oui

GR + Rh:

Remarques/observations: Périnée/cicatrisation Gymnastique pp Etat psychique Médicaments Mamelons Jour p.p. Lochies Utérus Date Seins T⁰/P Date Δ

Suivi post-partum – enfant

Date de naissance:

Poids de naissance:

Les points suivants ont été discutés jusqu'à la fin du suivi: ☐ Contraception ☐ vaccins ☐ Pédiatre, US hanches ☐ Involution utérine ☐ Gymnastique pp ☐ Soutien lors de surmer			Date	Remarques/observations:	Hospitalisation Mère		Particularités (Test de Guthrie/vit. K)	Médicaments	Miction/Transit Cordon omb.	Poids	Alimentation/ Nombre repas	Ictère	T°/P/R	Jour pp	Date
été discutés jusqu'à l ☐ vaccins ☐ Gymnastique pp					ère										
squ'à la fin du [que pp						Nombro.									
rsuivi: □ Pédiatre, US hanches □ Soutien lors de surmenage ou de dépression					L Latiloio										
nanches e surmenage ou						rio motornollo									
de dépression					- Fattiologie etilatit	Dathologic									
☐ Test de l'ouïe ☐ Alimentation															
					I I dications psychosociales	Indications page									
□ Centre de puériculture□ Consultation d'allaitem					Hosociales	hospialos									
ériculture d'allaitement/pr															
□ Centre de puériculture□ Consultation d'allaitement/prime d'allaitement					o allallelle	d'allaitamant									

Contrôle post-partum



Date:		Semaine pp:		Signature sage-femme:	
Entr	etien sur la gros	sesse, l'accouch	ement et le po	ost-partum:	
Anam	nèse de la	situation ac	tuelle		
	physique:				
Etat	physique:				
Satis	sfaction/surmen	age:			
Enfa	nt/sommeil:				
ΔIIai	tement/seins:				
Allal	terrient/ serris.				
Alim	entation/nicotir	ne/drogues/médi	caments:		
Exam	ons				
	CIIS				
TA:	P:		Poids:	Miction:	Hb:
	e/suture/cicatrice				
Saign	ements, involut	ion utérine et du	col:		
Etat c	lu plancher pelv	rien/hémorroïdes	:	Seins:	
Conse	ils				
			amaliké aank	vanantina nituratina anusahan	siala Avavail ak musfaasian
Alim	ентаноп ептапт	, partenariat et s	exualite, contr	raception, situation psychoso	Siale, travall et profession:

Rapport de l'accouchement et de sortie – mère



☐ Accouchement an	mb. 🔲 Sortie ava	ant 72 h 🔲 Indicati	on psycho-sociale	☐ Suivi post-par	tum sur ordonnance médicale
Hôpital/ Mais. naiss.:			Date de sor	tie:	
			Médecin:		
Données persoi	nelles				
Nom mère:				Date de naissance	:
Adresse, téléphone:					
telephone:					
Assurance:					
Résumé de l'ar	namnèse				
Allergies/Statut a	près:				
Accouchement					
Date:		Heure:		Placenta:	
Périd.: □ Oui □ N	on	Périnée:		Pertes sai	ng.:
Accouchement: Particularités acco	☐ Spontané	☐ Ventouse	☐ Force	ps 🔲 C	ésarienne
Médicaments ap: Médicaments pp:					
Pour accoucher	nent ambula	itoire: Etat géi	néral mère p	ost partum	
Température:	P:	anti-Rh:	TA: Utérus:		Miction: Oui Non
Médicaments/		i 🗌 Non			T GITCOI
Observations:					
Date, signature sag	e-femme:				
Après hospitali	sation				
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 mè	ère:									
Nom, prénom en	fant:							☐ mascu	ulin □ fé	éminin
Date de naissanc	e et heure:									
Poids:		g Ta i	IIe:		cm	PC:	cm	Apgar:	/	/
pH art.:		рН	vén.:			Temp.:			P:	
Resp.:						Vit. K.: □	Oui 🗆 No	n Guthrie:	☐ Oui	□ Non
GR + Rh:						Coombs:				
Mise au sein Médicaments/ particularités:	Oui No	on Gluco	se 🗌 Oui	□ Non I	Miction	Oui 🗆	Non	Méconium	□ Oui	□ Non
Pédiatre:										
Après hospita	lisation						7			
Jour post-partum	1:		Poids de	sortie:		g		Température:		°C
Bilirubine cap. le				transcut.	le		Allait:	□ comp. □ p	artiel	Non
Souhaits de la	mere pour a	liaitement	, probleme	!S:						
Compléments:										
Soins ombilicaux	/ 2V0C+									
Médicaments:	avec.									
Observations:										
Observations:										
5 [
Date, signature:										
Confirmation	de la pri	se en d	harge p	ar sage	-fem	me				
Nom:										
Adresse:										

Tél.:

Consultation d'allaitement



Nom de la mère:	
Nom de l'enfant:	
Désir d'allait.:	Oui Non Accouch.:
Sevrage prim.:	□ naturel □ médicamenteux
	ement, mamelons, alimentation de l'enfant etc.:
Risque allergique:	□ Oui □ Non
Date, problèmes, o	conseils, décisions, déroulement, résultats:



Consultation d'allaitement, feuille de suite

Date, problèmes, conseils, décisions, déroulement, résultats:	

Rapport final pour le médecin traitant





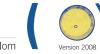
Données pers	sonnelle	!S								
Nom de la mère:							Date de	naiss	.:	
Adresse:										
Téléphone:					Suivi du			au		
Accoucheme	nt									
Lieu:							G/P:		/	
Date de naiss.:			Heure:				SG:			
Durée dil.:			Durée exp).: [RM:			
LA:			BCF:				Mode:			
Périnée:			Placenta:				Pertes sa	ang.:		
GR + Rh:					i- Rh □ Oui [Non				
Observations:										
Mère										
Utérus:			Loc	hies:			Seins	: [_		
Déch. pér./lèvre	s/vagin:						Problèmes su	ıjvi p	o: 🗆 Oui	□Non
Observations:										
Enfant										
Nom									masculin 🗆	féminin
Présent.:			Apgar:	/	/		Adaptation:			
Poids de naiss.:	g	Poids			g		Taille:	C	PC:	cm
Test de Guthrie:	☐ Oui ☐	_			Oui Non	Α		nplet	☐ partiel	□ Non
Test de Guthrie: Oui Non Vitamine K: Oui Non Allait.: complet partiel Non Remarques (p. ex. ombilic, alimentation):										
	Da	te, signati	ure:							



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

Hôpital/Maison de r	naissance:	
Personne de référen	ce (Nom/tél.):	
Nom, prénom mère:		Date de naissance:
Adresse:		Téléphone:
		Nationalité: CH Autres
Nom du partenaire:		N. II. V. D. O. V.
		Nationalité: CH Autres
Langue		
(éventl. traduction):		Origine/religion:
Enfant: Nom, prénoi	m, sexe	
Date de naissance:	Heure de naissance: Poids:	Taille:
Date de Haissairee.	Treate de Haissanee.	
Jour, heure du décès:		Déclaration obl.? ☐ Oui ☐ Non
Suivi	Grossesse (diagnostic prénatal, complications):	Decidiation obi Godi Given
	Grossesse (diagnostic prenatal, complications):	
	Accouchement (mode, déroulement, anesthésie, médica	ments):
	Traumatismes:	
	Pertes sang.: Période plac.:	
• Enfant	Diagnostic:	
Linant	Diagnostic.	
	Suivi:	
	Deletion remarks and I	
	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:					
Ltat psychique mere:					
Père:					
Pere:					
Frères et sœurs évent.:					
Trefes et sœurs event.:					
Réseau social:					
Neseau sociai:					
Infant mourant					
Retour à dom. avec mère:					
Soins palliatifs (chaleur, alimentation, analgésie, évent. O ₂ , soins spécifiques):					
Como pamatilo (ortaloar, ammerita	tion, analysis, svent. 5 ₂ , some specing	465).			
Personne de référence/soutien (r	pédiatre, médecin de famille, service am	nb. pédiatrique):			
. stasting do reference/soution (Jea.s.a o, modoom do familio, Joi vide am	, 500,001,1400,1			
Enfant hospitalisé: service/persor	nne de référence (nom. tél.)				
Emant hospitalise. Service/persor	do rotorono (nom, tot.)				



Enfant décédé

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».