**FICHE DE RÉFÉRENCE SANTÉ MATERNELLE**

***A remplir obligatoirement et à remettre à la femme***

| **Zone d’ASC :** \_\_\_\_\_\_ **Nom d’ASC :** \_\_\_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOM et Prénoms de la femme :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Age** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexe**: \_\_\_\_\_ **Numero tel :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cocher ou écrire le ou les motifs pour le référencement :** | | | |
| **SIGNES DE DANGER :** | | | |
| ***Chez la femme enceinte***  □ Œdèmes des membres ou du visage  □ Fièvre  □ Maux de tête persistants  □ Douleur de l’abdomen supérieur  □ Gonflement ou douleur du bas ventre  □ Mouvements du fœtus deviennent absents  □ Vertige  □ Saignements vaginaux  □ Pertes vaginales malodorantes ou anormale  □ Douleur quand elle urine  □ Fatigue extrême  □ Respiration difficile ou rapide  □ Pâleur des conjonctives  □ Changement de la couleur des selles  □ Peau froide  □ Convulsions  □ Aucun (0) | ***Chez la femme accouchée***  □ Saignement qui ne s’arrête pas  □ Maux de tête persistants  □ Maux de bas ventre  □ Fièvre  □ Pertes vaginales malodorantes ou anormale  □ Abcès du sein  □ Vision floue  □ Douleurs aux mollets  □ Aucun (0) | ***Chez le nouveau-né***  □ Il refuse de téter  □ Il vomit tout  □ Respiration difficile (tirage sous costal, sifflement, ou battement des ailes du nez)  □ Il a un cordon qui suppure  □ Pustules de la peau avec abcès  □ Abdomen distendu  □ Il a un pleur faible ou absent  □ Inconscient  □ Convulsions  □ Aucun (0) | ***Chez la femme sous PF***  □ Douleurs à la poitrine avec ou sans essoufflement  □ Maux de tête prononcés  □ Intenses douleurs aux jambes  □ Ballonnement abdominal  □ Saignement abondant en dehors des règles  □ Les suivantes effets persistent plus de 3 mois après le démarrage de la méthode :  Nausées, Maux de tête,  Changement d’humeur ou baisse libido, Vertige, Douleurs abdominales, Douleurs ou sensibilité des seins, Prise de poids  □ Pilule : absence de saignement après pris des 21 comprimés dans la plaquette  □ Aucun (0) |
| **AUTRES PROBLEMES :** | | | |
| □ Absence des règles depuis plus de 6 semaines et n’a pas pris test de grossesse chez l’ASC  □ N’a pas fait sa première CPN  □ N’a pas fait sa première CPON  □ Renouvellement/changement de la méthode PF  □ Autre(s) problème(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Aucun (0)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

***Nom de l’ASC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature de l’ASC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Note de contre référence**

**Diagnostic (si applicable)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numéro d’examen (si viste prénatal)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Traitement reçu (si applicable)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recommandations à l’ASC** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom et signature du responsable de poste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**