|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION** | | | | | | | | | | | | | | |
| No. de code national du patient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| No. de code attribué par le site\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de code OG \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| Etablissement\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Service\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de visite\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **FICHE DE TRAVAIL ET D’ACCOUCHEMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grossesse Suivie : Oui Non Poids \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kg lb Age \_\_\_\_\_ G\_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ EV\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grossesse désirée : Oui Non Référence : Oui Non Si oui : Matrone Autre  Prophylaxie contre la Malaria : Oui Non | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heure d’admission\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ AM PM Grossesse : Unique Gémellaire Multiple | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DEBUT DU TRAVAIL** |  | **ACCOUCHEMENT** | | Date :\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ AM PM | Date :\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ AM PM | | Age Gestationnel : \_\_\_\_\_ semaines Hauteur Utérine \_\_\_\_\_cm | Lieu Accouchement : Institution actuelle Domicile  Autre Institution Autre  Si accoucht. à domicile, assisté par Matrone: Oui Non | | Présentation : Céphalique, précisez : Siège  Transversale, précisez : | Vaginal Oui Non | | Forceps : Oui Non Vacuum : Oui Non | | Rythme Cardiaque Fœtal \_\_\_\_\_\_/mn Fièvre : Oui Non |  | | Rupture des Membranes : Spontanée  Provoquée  Date :\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure :\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ AM PM | Ligature tardive du cordon : Oui Non | | Délivrance : Naturelle Artificielle | | Liquide Amniotique : Clair Teinté Méconial | Placenta : Complet/Total Incomplet | | Dystocie :  Mécanique Dynamique Autre | Membranes Complètes : Oui Non | | Procidence du Cordon : Oui Non | Rétention Placentaire : Oui Non | | Hémorragie Vaginale : Oui Non Si oui, précisez :  Abruptio placentae Placenta prævia Rupture utérine  Autre, précisez :  Perte sanguine estimée à :\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ml  Transfusion : Oui Non | Lacération du Périnée : Oui Non  Si oui, réparation : Oui Non | | Césarienne : Indication\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Section césarienne + Hystérectomie | | HTA : Oui Non Pré éclampsie  Sévère : Oui Non | | Eclampsie : Oui Non | Counseling sur la Nutrition du Nouveau-né : Oui Non | | ***MEDICAMENTS*** | | | | Si VIH Positif : TAR Oui Non Précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Prophylaxie ARV Nouveau-né : Oui Non | | Prophylaxie ARV: NVP AZT AZT+3TC AZT+3TC+NVP | Si oui, NVP AZT | | Autre, précisez : | Autres médicaments, Précisez, posologie | | Si accouchement à domicile, a pris prophylaxie: Oui Non | 1- | |  | 2- | | Si oui  NVP  AZT AZT+3TC  AZT+3TC+NVP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TABLEAU DE NAISSANCE** | | | | | | **1er** | **2ieme** | | | | | **3ieme** | | **4ieme** | | |
| Naissance vivante | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |
| Mort Fœtale | | | Macérée | |  | |  | | | |  | | |  | | |
| Non Macérée | |  | |  | | | |  | | |  | | |
| Date/Heure | | \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_ :\_\_\_ | | \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_ :\_\_\_ | | | | \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_ :\_\_\_ | | | \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_ :\_\_\_ | | |
| Mort Néonatale | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |
| APGAR : 1mn-5mn | | | | | \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Poids du (ou des) Nné (s) | | | | | \_\_\_.\_\_\_ Kg Lb | | \_\_\_.\_\_\_ Kg Lb | | | | \_\_\_.\_\_\_ Kg Lb | | | \_\_\_.\_\_\_ Kg Lb | | |
| Périmètre crânien et Taille | | | | | \_\_\_\_\_\_cm/\_\_\_\_\_cm | | \_\_\_\_\_\_cm/\_\_\_\_\_cm | | | | \_\_\_\_\_\_cm/\_\_\_\_\_\_cm | | | \_\_\_\_\_\_cm/\_\_\_\_\_cm | | |
| Sexe | | | | | Masc. Fém. | | Masc. Fém. | | | | Masc. Fém. | | | Masc. Fém. | | |
| Vaccins | | | | | Polio O BCG | | Polio O BCG | | | | Polio O BCG | | | Polio O BCG | | |
| Malformation Congénitale visible | | | | | Oui Non | | Oui Non | | | | Oui Non | | | Oui Non | | |
| Allaitement maternel 1 ère heure | | | | | Oui Non | | Oui Non | | | | Oui Non | | | Oui Non | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNES VITAUX A L’ADMISSSION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TA \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  cm  mm de Hg Pouls \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ FR\_\_\_ \_\_\_ Temp \_\_\_ \_\_\_.\_\_\_  °C °F | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNES VITAUX POST PARTUM ET ETAT DE CONSCIENCE | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Date | | Heures | | TA | | | | Pouls | FR | Température | | | Conscience | | Globe Sec. | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | | TA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_cm mm de Hg | | | |  |  | Temp \_\_\_\_\_.\_\_\_°C °F | | |  | |  | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | | TA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ cm mm de Hg | | | |  |  | Temp \_\_\_\_\_.\_\_\_°C °F | | |  | |  | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | | TA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ cm mm de Hg | | | |  |  | Temp \_\_\_\_\_.\_\_\_°C °F | | |  | |  | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | | TA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_cm mm de Hg | | | |  |  | Temp \_\_\_\_\_.\_\_\_°C °F | | |  | |  | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | | TA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ cm mm de Hg | | | |  |  | Temp \_\_\_\_\_.\_\_\_°C °F | | |  | |  | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | \_\_\_\_ :\_\_\_\_ | | TA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ cm mm de Hg | | | |  |  | Temp \_\_\_\_\_.\_\_\_°C °F | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVOLUTION MERE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Référée en suites de couche | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Référée en pathologie pour : HTA Hémorragie Infection Post op Cardiomyopathie  Autre : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exéatée Décédée Autre, précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Choix d’une méthode contraceptive : Oui Non, Si oui , précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | EVOLUTION NOUVEAU NE 1 | | Référée à la pouponnière ou en suites de couche avec sa maman | | Référée en Pédiatrie pour : Détresse respiratoire Suspicion d’infection materno-foetale Macrosomie Prématurité  Autre, précisez | | Exéaté Décédé Autre, précisez | | Méthode d’alimentation choisie à la sortie : Allaitement maternel exclusif Préparation pour nourrissons Alimentation mixte | | EVOLUTION NOUVEAU NE 2 | | Référée à la pouponnière ou en suites de couche avec sa maman | | Référée en Pédiatrie pour : Détresse respiratoire Suspicion d’infection materno-foetale Macrosomie Prématurité  Autre, précisez | | Exéaté Décédé Autre, précisez | | Méthode d’alimentation choisie à la sortie : Allaitement maternel exclusif Préparation pour nourrissons Alimentation mixte | | EVOLUTION NOUVEAU NE 3 | | Référée à la pouponnière ou en suites de couche avec sa maman | | Référée en Pédiatrie pour : Détresse respiratoire Suspicion d’infection materno-foetale Macrosomie Prématurité  Autre, précisez | | Exéaté Décédé Autre, précisez | | Méthode d’alimentation choisie à la sortie : Allaitement maternel exclusif Préparation pour nourrissons Alimentation mixte |   **DATE VISITE POST NATALE\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM PRENOM1 : NOM PRENOM2 :** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARTOGRAMME** | | | | | | | | | | | | | | | | |

