

DOSSIER OBSTÉTRICAL DU RÉSEAU DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ OREHANE

Professionnel (Nom, adresse, tél)	Professionnel (Nom, adresse, tél)	Professionnel (Nom, adresse, tél)

Madame,

Vous êtes enceinte et votre médecin ou sage-femme, vous a remis votre dossier médical.

Ce dossier médical est **personnel** et contient des informations précieuses pour **garantir la qualité du suivi de votre grossesse et de la naissance de votre enfant**.

Prenez-en soin et emmenez-le avec vous à **chaque fois que vous consultez un professionnel de la naissance ou tout autre professionnel de la santé**, et surtout lorsque vous viendrez **accoucher à la maternité**.

Il permet en effet aux professionnels de prendre facilement connaissance de toutes les informations médicales qui vous concernent. Pour vous, c'est le moyen de lire à tout moment les observations de votre dossier médical, et de mieux comprendre le déroulement de votre grossesse. Sachez également qu'après l'accouchement, ou en cas d'hospitalisation durant la grossesse, la maternité conservera ce dossier.

Ce dossier vous est offert par le **Conseil départemental de votre département**.

Parents, futurs parents,

Vous trouverez ci-dessous des informations et recommandations pour votre santé et celle de votre bébé.

Vous pouvez en discuter avec les différents professionnels de santé que vous rencontrerez lors du suivi de votre grossesse (sage-femme, médecin traitant, obstétricien, anesthésiste, pédiatre, puéricultrice) et leur poser toutes vos questions.

Le saviez-vous ?	Oui / Non	Cocher ici lorsque l'information a été abordée avec un professionnel
Les séances de préparation et d'informations pendant la grossesse permettent un meilleur vécu de la grossesse, de l'accouchement.		
L'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois , et sa poursuite avec la diversification alimentaire jusqu'à deux ans.		
L'allaitement maternel améliore la santé des mères et des enfants, c'est le lait le plus adapté, y compris pour les enfants prématurés.		
Des moyens existent pour aider le travail et l'accouchement : déambulation, postures, hydratation et prise en charge de la douleur non médicamenteuse et médicamenteuse (antalgiques, péridurale). Le soutien du conjoint ou d'un proche est conseillé.		
Le peau à peau à la naissance, pendant au moins 1 heure, favorise la rencontre et l'adaptation du nouveau-né qu'il naisse par voie basse ou par césarienne.		
Une première tétée dès que le bébé montre qu'il est prêt , puis des tétées fréquentes facilitent la mise en route de la lactation.		
Le lait des premières tétées assure les besoins nutritionnels du nouveau-né les premiers jours de vie et apporte de grandes quantités de protéines et d'anticorps contre les infections.		
L'alimentation dès l'éveil facilite l'installation du bébé qui reste calme pendant ses repas. Le respect du rythme du bébé améliore sa croissance et son développement.		
Laisser la mère et le bébé ensemble 24h/24 est rassurant pour le bébé et sa mère, et facilite la compréhension des rythmes et des besoins de l'enfant. Le peau à peau et le portage apportent également beaucoup de bien être.		
La bonne position du bébé au sein augmente l'efficacité de l'allaitement et permet des tétées indolores.		
La composition et la quantité de lait maternel s'adaptent aux besoins nutritionnels du bébé, aucune autre boisson ou aliment ne sont nécessaires les 6 premiers mois.		
Éviter l'introduction de lait artificiel chez un bébé allaité , en l'absence d'indication médicale.		
Éviter l'utilisation de biberon chez un bébé allaité , lui permet d'être plus efficace au sein.		
Il est préférable d' éviter l'utilisation des tétines tant pour les bébés allaités que pour ceux nourris au biberon, pendant les premières semaines.		
Vous pouvez vous rapprocher de groupes de soutien de mères à mères et/ou demander une consultation d'allaitement si vous le souhaitez		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MÈRE

Nom de naissance : Prénom : Nom marital :

Date de naissance : Age : Origine Géographique :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable : Tél. Prof. :

En Activité Profession : Chômage Sans Profession

STATUT MARITAL

Mariée Vit Maritalement Célibataire Autre

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PÈRE

Tél. portable :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Taille : Origine géographique :

Profession : Groupe sanguin :

Antécédents particuliers :

Allergie : Notion de consanguinité oui non

Personne de confiance

Personne à prévenir

Tél. :

Tél. :

ACCOUCHEMENT

Date :

Voie : Age gest : SA

NOUVEAU-NÉ

Prénom :

Sexe :

Poids :

Pathologie :

Allaitement : oui non

Autorisation d'opérer

Reconnaissance anticipée

Lieu prévu d'accouchement

Médecin traitant :

Grossesse suivie par :

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX DE LA PATIENTE

	MÈRE	PÈRE	FRATRIE
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD Thrombo-Emboliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies Héréditaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS NON OBSTÉTRICAUX

Non Oui

• **Médicaux**

HTA _____ Diabète _____

Infections Urinaires Récidivantes _____ Phlébite _____

Épilepsie _____ Asthme _____

Traitement médical au long cours (Compatibilité avec allaitement)

• **Chirurgicaux**

• **ATCD trouble de la continence:** Urinaire Anale

• **Transfusion:** Non Oui Préciser: _____

• **Allergies**

• **Tabac:** Avant Grossesse: Nb Pendant Grossesse: Nb

• **Alcool:** Avant: 0 Occasionnellement Quotidiennement Nb de verres/jour

Pendant: 0 Occasionnellement Quotidiennement Nb de verres/jour

• **Toxicomanie:** Avant: Non Oui Pendant: Non Oui

Type de Produit: _____ Substitution _____

ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

Mutilation sexuelle: Non Oui

Chirurgie mammaire: Non Oui

Contraception, aide à la procréation...:

Désir de grossesse > 1 an Non Oui

Frottis cervico-vaginal < 3 ans Non Oui Date: _____

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Date Lieu	Age gest	Grossesse	Issue Accouchement, avortement... Suites de naissances	Nouveau-né Allaitement
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> si Oui <input type="checkbox"/>
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
				A.M. Durée <input type="checkbox"/> A.A. Difficultés Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'accouchements ≥ 22 semaines d'aménorrhée <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> <li style="margin-left: 20px;">Voies basses <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> Césariennes <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> <li style="margin-left: 20px;">Accouchements prématurés (≤ 36 SA + 6 j) <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> <li style="margin-left: 20px;">Morts périnatales, IMG exceptées (22 SA à 7 jours de vie) <input style="width: 40px; height: 15px; background-color: yellow;" type="text"/> • Nombre de grossesses interrompues ≤ 22 semaines d'aménorrhée <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <li style="margin-left: 20px;">Avortements spontanés <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Nombre de GEU <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Nombre d'IVG <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> • Nombre d'interruptions médicales de grossesse <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 	<p>Nombre de grossesses antérieures</p> <input style="width: 60px; height: 20px; background-color: yellow;" type="text"/>
---	--

CONSULTATIONS PRÉNATALES (PROGRAMMÉES OU EN URGENCE)

D.D.R. ____ / ____ / ____

D.D.G. ____ / ____ / ____

Terme Prévu ____ / ____ / ____

Age _____ Taille _____
 Poids _____ IMC _____
 Nbre de fœtus: _____ Gestité: _____
 Type: _____ Parité: _____
 (si grossesse multiple)

DÉPISTAGE ANTÉNATAL

Proposé Fait Non souhaité

PAPP-A : _____	FRT21
HCG: _____	1 /
α Foeto protéine: _____	

DPNI (ADNc T21): _____

Prélèvements Anténataux: _____

ÉCHOGRAPHIE

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

_____ à _____ SA _____

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN*	MA	B d C	HU	Examen Clinique
CPN URG						Ex Seins : Auscultation cardiaque :
CPN URG						
CPN URG						
CPN URG						

Présentation	Poids	TA	Urines		Ex. complémentaires, Consignes, Traitement
	avant <input type="text"/>		Alb	Sucre	

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN	MA	B d C	HU	Examen Clinique	P
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							

Présentation	Poids	TA	Urines		Ex. complémentaires, Consignes, Traitement
	avant <input type="text"/>		Alb Sucre	Leuco Nitrites	

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN	MA	B d C	HU	Examen Clinique	P
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							

Date	Grossesse(s) antérieure(s)								
Agglu.									
Rubéole									
Toxo									
Hb									

- Entretien prénat précoce info
fait
- Prépa naissance info
fait
- Mode d'alimentation envisagé _____
- Info sortie précoce
- Info coqueluche

VACCINATION ANTIGRIPPALE

Date _____

VITAMINE D

Date _____

SÉRUM ANTI-D

Date _____ Dose _____

Date _____ Dose _____

CORTICOTHÉRAPIE

1^{ère} cure _____

2^{ème} cure _____

V.I.H. _____ Info Glycémie 1^{er} T. _____
 Ag HBs _____ H.P.O. 75 g _____
 Hépatite C _____ Coagulation T3 _____
 Syphilis _____ Streptocoque B _____

GROUPE [] 1^{ère} dét. _____
Rh. [] 2^{ème} dét. _____
 Phénotype 1 2

CONSULTATION ANESTHÉSIE

le : _____

PELVISCANNER

PRP _____ TU _____
 Magnin _____ BE _____

Présentation	Poids avant <input type="text"/>	TA	Urines		Ex. complémentaires, Consignes, Traitement
			Alb Sucre	Leuco Nitrites	

Date/Heure Consultant	Age gest	Signes Fonctionnels/EN	MA	B d C	HU	Examen Clinique	Présenta
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							
CPN URG							

SCORE DE BISHOP

	0	1	2	3
Position du col	Postérieur	Médian	Antérieur	
Effacement	< 30 %	40 - 50 %	60 - 70 %	> 80 %
Consistance	ferme	moyenne	souple	
Dilatation	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Engagement	-3 mobile	-2 amorcée	-1 0 fixée	+1 engagée

SCORE DE BISHOP SIMPLIFIÉ

	0	+1	+2	+3
Dilatation	0 cm	1 - 2 cm	3 - 4 cm	≥ 5 cm
Effacement du col	0-30 %	40-50 %	60-70 %	≥ 80 %
Hauteur de la tête	Mobile	Appliquée	Fixée	Engagée
Parité	Nullipare		Multipare	

SCORE DE HUGHEY MODIFIÉ

	0	1	2	4	8	16
Position du col	fermée			1 - 2 cm	3 - 4 cm	> 4 cm
Effacement	0 - 30 %		40 - 50 %	40 - 70 %	> 70 %	
Consistance	ferme		moyenne	molle		
Position	postérieure	centrale	antérieure			
Présentation	mobile		appliquée	fixée	engagée	

Si Score ≥ 4, direction du travail en salle par amniotomie-ocytocine

Est considérée comme multipare, toute patiente ayant déjà accouché par voie basse à un terme ≥ 24 SA

Primipare : - 2

Chaque grossesse antérieure : + 2 (max. 6).

Déclenchement si > 12 (réussite dans plus de 95 % des cas)

ENTRETIEN DU 4^{ème} MOIS

Non Oui

Le : _____ Par : _____

Préciser la notion de problèmes sociaux, familiaux, psychologiques, conditions de logement... (sous réserve de l'accord de la patiente)

Orientations proposées :

Projet de naissance : Oui Non

SURVEILLANCE DU TRAVAIL

spontané déclenché

Indication : _____

Méthode(s) : _____

Admission au terme de : _____ SA _____ + jours

Equipe de garde et stagiaire(s) : _____

Date Heure h

Heure		0	1	2	3	4	5	6	7
(respecter 1 case / heure)									
Examineur									
TA / Pouls									
Température									
Poche des eaux Intacte (I) ; Rompue(R)									
Liquide amniotique Clair, Méconial/Volume									
Présentation / Variété de position (dessin)									
État du Col Position, longueur, consistance									
Posture	Type								
	Durée								
Niveau de Présentation	-4 appliquée	10							
		9							
	-2 fixée	8							
		7							
	0 EPH	6							
		5							
	+2 EPM	4							
		3							
	+4 EPB	2							
		1							
Contractions									
RCF	Rythme Base	B:	B:	B:	B:	B:	B:	B:	B:
	Accélération	A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:
	Variabilité	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:
	Ralentissements	R:	R:	R:	R:	R:	R:	R:	R:
Comportement de la mère / Évaluation de la douleur (EN : 0 à 10)									
Décisions thérapeutiques : utiliser page 18 si nécessaire									
- pH / Lactates									
- Traitement Type / voie d'abord, dose									

COMPTE-RENDU D'INTERVENTION ET RÉANIMATION

Opérateur : _____ Aide : _____

Anesthésiste : _____

PRISE POIDS TOTALE

DÉLIVRANCE

Type

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> naturelle | <input type="checkbox"/> anat. path. placenta |
| <input type="checkbox"/> révision utérine isolée | <input type="checkbox"/> placenta culture |
| <input type="checkbox"/> artificielle | |
| <input type="checkbox"/> dirigée | |

Syntocinon _____ UI, IVL,
au dégainement des épaules
à _____ h _____ min

Pertes Sanguines

- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ≤ 500 ml | <input type="checkbox"/> 501 à 1 000 ml | <input type="checkbox"/> > 1 000 ml |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|

Volume :

Administration dérivés sanguins

Remarques :

ANALGÉSIE-ANESTHÉSIE

(quel que soit le moment)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> rachia |
| <input type="checkbox"/> locale | <input type="checkbox"/> P.C.A. |
| <input type="checkbox"/> péridurale | <input type="checkbox"/> générale |
| <input type="checkbox"/> P.C.E.A. | <input type="checkbox"/> autre |

Remarques (complications...) :

PÉRINÉE

- intact (ou éraillure)
- épisiotomie
- déchirure stade 1
- déchirure stade 2
- déchirure stade 3 a
- déchirure stade 3 b
- déchirure stade 3 c
- déchirure stade 4
- hématome pelvigénital
- déchirure cervicale
- autre (déchirure vaginale...)

Suture :

ISSUE DE LA GROSSESSE INTERVENTION AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

INDICATIONS DE CÉSARIENNE (plusieurs possibles)

- Pathologie fœtale (RCIU, malformations...)
- Hydramnios, oligoamnios
- Souffrance fœtale (ARCF, LA méconial...)
- Pathologie maternelle (HTA, diabète, infection...)
- Utérus cicatriciel, rupture utérine
- Anomalie du bassin (rétréci, chirurgical...)
- Anomalie des parties molles (atrésie...)
- Suspicion de disproportion foeto-pelvienne
- Grossesse multiple
- Placenta ou tumeur praevia
- Siège
- Présentation dystocique
- Dystocie cervicale
- Echec de déclenchement
- Défaut d'engagement
- Echec d'extraction instrumentale
- Procidence du cordon
- H.R.P. ou hémorragie
- Terme dépassé
- Contexte particulier (infécondité, primipare, agée...)
- Autres : _____

ISSUE DE GROSSESSE

- Accouchement > 22 SA (ou > 500g)
- Avortement spontané < 22 SA (ou < 500 g)
- Interruption médicale (quel que soit le terme)
- Accouchement à domicile
- Accouchement dans un autre centre
- Perdue de vue

ÉTAT DE L'ENFANT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Né vivant | <input type="checkbox"/> Né vivant |
| <input type="checkbox"/> Né vivant décédé au bloc | <input type="checkbox"/> Né vivant décédé au bloc |
| <input type="checkbox"/> Mort in utero | <input type="checkbox"/> Mort in utero |
| <input type="checkbox"/> Mort per partum | <input type="checkbox"/> Mort per partum |

DU 2^{ème} JUMENT

INDICATIONS D'EXTRACTION INSTRUMENTALE

- Souffrance fœtale (ARCF, LA méconial...)
- Efforts expulsifs inefficaces
- Contre-indications aux efforts expulsifs
- Autres : _____

DIFFICULTÉS AUX ÉPAULES

- Mac Roberts
- Autres : _____

FICHE DE LIAISON NÉO-NATALE

N° d'accouchement

NOM ENFANT : _____

PRÉNOM : _____

Date : [][] / [][] / [][] Heure : [][] h

Sexe : M F Age gestationnel : [][] SA + [][] j

Poids : [][][][] g

Taille : [][][] cm PC : [][][] cm

Ordre si grossesse multiple : [][]

ACCOUCHEMENT

- Spontané Césarienne avant travail
 Déclenchement Césarienne pendant travail

Analgésie : _____

Présentation : Sommet Siège
 Autres : _____

Expulsion : Spontanée
 Ex instrumentale :
 Forceps, spatule
 Ventouse
 Extraction siège Dystocie des épaules

Anomalie RCF : non oui Type : _____

Liquide Amniotique :
 Clair Méconial Méco second.
 Durée rupture / expulsion : [][][] heures

Pathologie de l'accouchement :
 Hyperthermie maternelle
 Autres Signes infectieux

Antibiothérapie per partum : non oui

Type : _____ Nombre d'injections : _____

NOM NAISSANCE MÈRE : _____

PRÉNOMS : _____

Tél. : _____

Age : _____ Parité : _____

NOM du PÈRE : _____

Tél. : _____

ANTÉCÉDENTS PARTICULIERS

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

Groupe : _____ Rhésus : _____ RAI : _____

Sérologies :

Rubéole : _____ Toxoplasmose : _____

HIV : _____ Syphilis : _____

Hépatite C : _____ Hépatite B : _____

Streptocoque B : Positif Négatif Non fait

Pathologie/Traitement de la grossesse : _____

Diagnostic anténatal et consignes

NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

Apgar : 1 min [][][] 5 min [][][] 10 min [][][]

pH art : _____ /veineux _____ Lactates : _____

Température rectale : [][][] °C [][][]

Gestes techniques oui non

Broncho-aspiration Ventilation Durée _____

Intubation

VS Peep FiO2

Prélèvements infectieux : Motif(s) : _____

Type _____

Clampage retardé du cordon oui non

Peau à Peau | délai : naissance / début PP : [][][] mn

durée : [][][] mn

Le nouveau-né a-t-il tété : oui non

Mode d'alimentation envisagé : AM AA

ATCD de difficultés à l'allaitement maternel oui

non

Enfant pris en charge par : _____

Appel pédiatre : oui non

heure d'appel : _____ d'arrivée : _____

ÉVOLUTION EN SALLE DE NAISSANCE

Transfert néonatal : oui non

Destination / motif : _____

SUITES DE NAISSANCE

ALLAITEMENT

maternel exclusif alimentation artificielle
 partiel

Difficultés : _____

TRAITEMENTS PENDANT LE SÉJOUR EN SUITES DE NAISSANCE

antibiotiques autre _____
 anticoagulants préventifs

PRÉVENTION

À faire : gamma anti D fait le _____
 vaccin anti rubéolique fait le _____
 vaccin anti coqueluche fait le _____

TRAITEMENTS DE SORTIE

TYPE D'ALLAITEMENT À LA SORTIE : maternel exclusif alimentation artificielle
 partiel

CONTRACEPTION

Prescrite : _____ A revoir : _____

Autres : _____

COMPLICATIONS

Complications périnéales (abcès, hématome...) Non Oui Type : _____
Hémorragie de suites de couches Non Oui
Complication thrombo-emboliques Non Oui
Complications vasculaires (preE, hellp...) Non Oui
Transfert de la patiente (complications) Non Oui Destination : _____
Décès maternel Non Oui Date : _____

SORTIE LE _____ à _____ (heure) Courrier de sortie donné Oui
 Non

DURÉE DE SÉJOUR (jours, heures acc. inclus) _____

ACCOMPAGNÉE DE : _____

MODE DE TRANSPORT ENVISAGÉ : _____

Suivi immédiat à domicile : Oui Non

par : _____

Consultation post natale envisagée : Oui Non

Nom du praticien : _____

Feuilles de suites de naissance normales ou pathologiques

CONSULTATION POST-NATALE

(contrôles, examens paracliniques, contraception)

Date Consultant : _____ **ALLAITEMENT EN COURS** : oui non

Durée d'allaitement : _____

Retour de couches : _____ **État général** : _____

Troubles urinaires et anaux : _____

Sexualité : _____

Poids : _____ **TA** : _____ **Pouls** : _____

Abdomen (cicatrice...) : _____

Examen gynécologique :

- périnée (cicatrice) _____ testing _____
- col _____ frottis cervicaux _____
- utérus _____ seins _____

Difficultés psychologiques depuis l'accouchement (cf EPDS)

Incident - Complication période post-natale _____

Traitement _____

Indication de la rééducation _____

Contraception _____

o O o

Devenir de l'enfant : _____

Commentaires : _____

CHARTRE D'UTILISATION DU DOSSIER OBSTÉTRICAL

Le dossier obstétrical doit être :

- constitué lors de la première consultation
- rempli de manière lisible, compréhensible, à l'encre indélébile
- détenu par la patiente et présenté aux professionnels jusqu'à l'accouchement.

L'identification des professionnels de santé doit pouvoir se faire sans difficulté.

Attention :

- l'identité doit être correctement orthographiée, et les renseignements administratifs exhaustifs (adresse, téléphone, médecins correspondants)
- chaque observation clinique doit être datée et signée.

Les courriers, comptes-rendus d'examens complémentaires, résultats d'analyses seront classés et rangés dans des pochettes prévues à cet effet.

