



ÉVALUATION POSTNATALE DU NOUVEAU-NÉ

Suivi : <input type="checkbox"/> SIPPE <input type="checkbox"/> OLO <input type="checkbox"/> Universel	
PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	1^{ère} RENCONTRE POSTNATALE <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> CLSC
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre : _____ Âge gestationnel : _____ Nombre de jours ou d'heures après la naissance : _____ Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nombre de jours ou d'heures après la naissance : _____ Nom du deuxième parent : _____
HISTOIRE	
Date de naissance : _____ Poids : _____ g Date de sortie : _____ Poids : _____ % perte : _____	
Périmètre crânien : _____ Taille : _____ APGAR : _____	
Particularités : _____ Initiales de l'infirmière : _____	
ÉTAT GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Se réveille seul pour les boires <input type="checkbox"/> Besoin de stimulation pour les boires <input type="checkbox"/> Facilement consolable <input type="checkbox"/> Périodes d'éveil Coloration <input type="checkbox"/> Teint rosé <input type="checkbox"/> Ictérique <input type="checkbox"/> Conjonctives ictériques Ictère Bilirubinémie sanguine au congé : _____ Photothérapie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Facteurs de risques ictère <input type="checkbox"/> Incompatibilité ABO ou RH, COOMBS + <input type="checkbox"/> Hémolyse <input type="checkbox"/> Origine ethnique à risque <input type="checkbox"/> Apgar plus petit que 7 à 5 min de vie, réanimation <input type="checkbox"/> Céphalématome, ecchymose <input type="checkbox"/> Polycythémie <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire touchant les globules rouges <input type="checkbox"/> Antécédent d'ictère dans la fratrie	EXAMEN PHYSIQUE Poids : _____ g <input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/> Perte _g/jour _ % T° : _____ Périmètre crânien : _____ Poumons Fréquence respiratoire : _____/minute Cœur Fréquence cardiaque : _____/minute État général <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Endormi <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Facilement stimulé <input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> Consolable Tête – Fontanelle antérieure <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée Tête – Fontanelle postérieure <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée Forme de la tête : _____ Sutures : _____ <input type="checkbox"/> Bosse sérosanguine ou céphalématome Cou : _____ Yeux <input type="checkbox"/> Capacité de suivre un mouvement brièvement <input type="checkbox"/> Pupilles PERLA (Pupilles égales et rondes, réaction à la lumière normale et à l'accommodation) Conjonctives : <input type="checkbox"/> Claires <input type="checkbox"/> Ictériques <input type="checkbox"/> Écoulement Audition <input type="checkbox"/> Réagit aux bruits Nez <input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Sécrétions <input type="checkbox"/> Éternuements

Nom :

Prénom :

Dossier :

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
<p>Problème de santé particulier : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Bouche</p> <p>Muqueuse buccale <input type="checkbox"/> Rosée <input type="checkbox"/> Humide</p> <p><input type="checkbox"/> Réflexe des points cardinaux <input type="checkbox"/> Frein de la langue court</p> <p>Abdomen</p> <p><input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Ballonné</p> <p><input type="checkbox"/> Bruits intestinaux audibles à l'auscultation</p> <p>Organes génitaux</p> <p>Irritation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Jet urinaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Testicules palpables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Particularité : _____</p> <p>Mobilité des articulations</p> <p>Hanches <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Clavicules intactes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ombilic</p> <p>Cordon tombé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Odeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Écoulement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Rougeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peau</p> <p>Coloration <input type="checkbox"/> Rosée <input type="checkbox"/> Ictérique</p> <p>Zone Kramer : 1 2 3 4 5 bili transcutanée : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Milium <input type="checkbox"/> Sécheresse <input type="checkbox"/> Souple et lisse</p> <p><input type="checkbox"/> Érythème fessier <input type="checkbox"/> Desquamation <input type="checkbox"/> Pétéchies</p> <p>Tache(s) : _____ Autre : _____</p> <p>Neuro</p> <p>Tonus musculaire <input type="checkbox"/> Vigoureux <input type="checkbox"/> Mou</p> <p>Réflexes <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> Tiré (tonique du cou)</p> <p><input type="checkbox"/> Agrippement</p> <p>Particularités : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>ALIMENTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement exclusif Nombre de tétées : _____/24 heures</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement + supplément</p> <p>Nombre de tétées : _____/24 heures</p> <p><input type="checkbox"/> Lait maternel exprimé <input type="checkbox"/> Préparation commerciale</p> <p>Quantité/nombre : _____ Méthode utilisée : _____</p> <p>Raison : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Risques nommés du non-allaitement</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation sécuritaire des préparations commerciales pour nourrissons</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement sur l'allaitement</p>	<p>ALIMENTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement exclusif Nombre de tétées : _____/24 heures</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement + supplément</p> <p>Nombre de tétées : _____/24 heures</p> <p><input type="checkbox"/> Lait maternel exprimé <input type="checkbox"/> Préparation commerciale</p> <p>Quantité/nombre : _____ Méthode utilisée : _____</p> <p>Raison : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamine D : _____ /unités die ou gouttes</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement sur l'allaitement <input type="checkbox"/> Compression du sein</p> <p><input type="checkbox"/> Bon moment (à la demande)</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne position mère/bébé</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne mise au sein/instinctive</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne prise du sein <input type="checkbox"/> Bonne succion</p>

ÉVALUATION POSTNATALE DU NOUVEAU-NÉ

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE	VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION
<p><input type="checkbox"/> Non-allaitement Préparation commerciale : _____ Nombre de boires : _____/24 heures Quantité : _____</p> <p>Enseignement</p> <p><input type="checkbox"/> Information et utilisation sécuritaire des préparations commerciales pour nourrissons</p>	<p><input type="checkbox"/> Non-allaitement Préparation commerciale : _____ Nombre de boires : _____/24 heures Quantité : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Régurgitation(s) <input type="checkbox"/> Rot(s) <input type="checkbox"/> Étouffement pendant les boires</p> <p>Enseignement</p> <p><input type="checkbox"/> Information et utilisation sécuritaire des préparations commerciales pour nourrissons</p>
<p>ÉLIMINATION</p> <p>Mictions Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Claires <input type="checkbox"/> Concentrées <input type="checkbox"/> Cristaux</p> <p>Selles Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Méconiales <input type="checkbox"/> Transitoires <input type="checkbox"/> Jaunes</p>	<p>ÉLIMINATION</p> <p>Mictions Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Claires <input type="checkbox"/> Concentrées <input type="checkbox"/> Cristaux Autre : _____ <input type="checkbox"/> Test d'urine 21^{ème} jour (rappel)</p> <p>Selles Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Méconiales <input type="checkbox"/> Transitoires <input type="checkbox"/> Jaunes</p> <p>Gaz intestinaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec inconfort <input type="checkbox"/> Sans inconfort</p>
<p>Conseils d'usage ou éléments de surveillance transmis :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Conseils d'usage ou éléments de surveillance transmis :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Nom :

Prénom :

Dossier :

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE		VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION	
RESSOURCES <input type="checkbox"/> Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans <input type="checkbox"/> Coordonnées du CLSC <input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> Parents avisés de se rendre à l'urgence si le bébé présente de la fièvre <input type="checkbox"/> Enseignement fait aux parents sur les signes et symptômes de détérioration de santé qui requièrent une consultation rapidement pour la mère ou le nouveau-né SUIVI MÉDICAL PRÉVU Si oui, date : _____ Nom du médecin : _____		SÉCURITÉ ET ENSEIGNEMENT <input type="checkbox"/> Sommeil sécuritaire (contour de lit, co-dodo, coucher sur le dos, plagiocéphalie) <input type="checkbox"/> Cycle de sommeil/éveil <input type="checkbox"/> Syndrome de la mort subite du nourrisson <input type="checkbox"/> Sécurité, excepté le siège d'auto <input type="checkbox"/> Contact peau à peau en période d'éveil <input type="checkbox"/> Soins du cordon <input type="checkbox"/> Comportement du nouveau-né <input type="checkbox"/> Syndrome bébé secoué <input type="checkbox"/> Maintien allaitement exclusif <i>ad</i> 6 mois et poursuite de l'allaitement avec aliments complémentaires <i>ad</i> 2 ans et au-delà <input type="checkbox"/> Confusion sein/tétine <input type="checkbox"/> Suce <input type="checkbox"/> Tétées groupées <input type="checkbox"/> Poussées de croissance <input type="checkbox"/> Ictère du nouveau-né <input type="checkbox"/> Fièvre moins de trois mois de vie <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Autre : _____ SUIVI MÉDICAL PRÉVU Si oui, date : _____ Nom du médecin : _____	
Préoccupations parentales (client/famille) _____		Préoccupations parentales (client/famille) _____	
Observations de l'infirmière : _____ _____		Observations de l'infirmière : _____ _____	
Hypothèses : _____ _____		Hypothèses : _____ _____	
Plan : Visite postnatale prévue (date) : _____ <input type="checkbox"/> Visite refusée Motif : _____		Plan : <input type="checkbox"/> Aucun suivi <input type="checkbox"/> Référence SIPPE <input type="checkbox"/> Situation clinique requérant un suivi infirmier particulier (Voir PTI) <input type="checkbox"/> Relance téléphonique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Refus Autre : _____ Orientation vers : _____ Prochaine rencontre : _____	
Notes complémentaires : _____ _____ _____ _____ _____		Notes complémentaires : _____ _____ _____ _____ _____	
Date : ____/____/____ Heure : _____		Date : ____/____/____ Heure : _____	
Signature de l'infirmière, Titre, #Permis	initiales	Signature de l'infirmière, Titre, #Permis	initiales