



## ÉVALUATION POSTNATALE DU NOUVEAU-NÉ

Suivi : <input type="checkbox"/> SIPPE <input type="checkbox"/> OLO <input type="checkbox"/> Universel	
<b>PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE</b>	<b>1<sup>ère</sup> RENCONTRE POSTNATALE</b> <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 : _____
<b>HISTOIRE</b>	
Date de naissance : _____ Poids : _____ g Date de sortie : _____ Poids : _____ % perte : _____ Périmètre crânien : _____ Taille : _____ APGAR : _____ Particularités : _____ Initiales de l'infirmière : _____	
<b>ÉTAT GÉNÉRAL</b> <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  <b>Coloration</b> <input type="checkbox"/> Teint rosé <input type="checkbox"/> Ictérique <input type="checkbox"/> Conjonctives ictériques  <b>Ictère</b> Bilirubinémie sanguine au congé : _____ Photothérapie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Facteurs de risques ictère</b> <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	<b>EXAMEN PHYSIQUE</b> Poids : _____ g <input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/> Perte _g/jour _ % T° : _____ Périmètre crânien : _____  <b>Poumons</b> Fréquence respiratoire : _____/minute  <b>Cœur</b> Fréquence cardiaque : _____/minute  <b>État général</b> <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  <b>Tête – Fontanelle antérieure</b> <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée  <b>Tête – Fontanelle postérieure</b> <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 : _____  <b>Yeux</b> <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  <b>Audition</b> <input type="checkbox"/> Réagit aux bruits  <b>Nez</b> <input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Sécrétions <input type="checkbox"/> Éternuements



## 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><b>Enseignement</b></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><b>Enseignement</b></p> <p><input type="checkbox"/> Information et utilisation sécuritaire des préparations commerciales pour nourrissons</p>
<p><b>ÉLIMINATION</b></p> <p><b>Mictions</b> Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Claires      <input type="checkbox"/> Concentrées      <input type="checkbox"/> Cristaux</p> <p><b>Selles</b> Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Méconiales      <input type="checkbox"/> Transitoires      <input type="checkbox"/> Jaunes</p>	<p><b>ÉLIMINATION</b></p> <p><b>Mictions</b> Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Claires      <input type="checkbox"/> Concentrées      <input type="checkbox"/> Cristaux Autre : _____ <input type="checkbox"/> Test d'urine 21<sup>ème</sup> jour (rappel)</p> <p><b>Selles</b> Nombre : _____/24 heures <input type="checkbox"/> Méconiales      <input type="checkbox"/> Transitoires      <input type="checkbox"/> Jaunes</p> <p><b>Gaz intestinaux</b>   <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                                  <input type="checkbox"/> Avec inconfort      <input type="checkbox"/> Sans inconfort</p>
<p><b>Conseils d'usage ou éléments de surveillance transmis :</b></p> <hr/>	<p><b>Conseils d'usage ou éléments de surveillance transmis :</b></p> <hr/>

Nom :

Prénom :

# Dossier :

PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE		VISITE À DOMICILE OU CONSULTATION	
<b>RESSOURCES</b> <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  <b>SUIVI MÉDICAL PRÉVU</b> Si oui, date : _____ Nom du médecin : _____		<b>SÉCURITÉ ET ENSEIGNEMENT</b> <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 : _____  <b>SUIVI MÉDICAL PRÉVU</b> Si oui, date : _____ Nom du médecin : _____	
Préoccupations parentales (client/famille) _____ _____		Préoccupations parentales (client/famille) _____ _____	
Observations de l'infirmière : _____ _____ Hypothèses : _____ _____		Observations de l'infirmière : _____ _____ Hypothèses : _____ _____	
<b>Plan :</b> Visite postnatale prévue (date) : _____ <input type="checkbox"/> Visite refusée Motif : _____		<b>Plan :</b> <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 : _____ _____ _____ _____ _____ Date : ____/____/____    Heure : _____		Notes complémentaires : _____ _____ _____ _____ _____ Date : ____/____/____    Heure : _____	
Signature de l'infirmière, Titre, #Permis		Signature de l'infirmière, Titre, #Permis	
initiales		initiales	