Fiche de liaison : maternité → suivi en *post-partum* immédiat.

Ce document a été élaboré par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Son champ d'application cible toutes les femmes (cf. « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », juin 2013). Quel que soit le mode d'accompagnement choisi par la femme, l'établissement lui remet cette fiche de liaison reprenant les informations médicales concernant son état de santé et celui de son enfant. La femme le remet au professionnel en charge du suivi en post-partum afin d'assurer la continuité des soins (des copies sont également remises aux autres acteurs du suivi).

Nom, prénom et signature de la **personne ayant renseigné la fiche :**

Téléphone :

Accord de la **patiente (signature):**

Précisions utiles (AMP, DPN, accompagnement psychologique ou social…) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fiche de liaison Maternité ⟹ suivi en post partum immédiat

A l'attention du professionnel de santé effectuant le suivi

Coordonnées :.....

.....

Demande initiée : ☐ Par la femme ☐ Par l'établissement de santé

☐ Dans le cadre du PRADO ☐ Autre

Maternité :

Personne à contacter en cas de nécessité:

- Pour la mère :
- Pour le nouveau-né :

Nom, prénom de la patiente : *étiquette*

Date de naissance : / /

Adresse : Code porte :

Etage :

Tél(s) :

☐ vit seule ☐ vit en couple

Couverture sociale :

☐ SS+Mutuelle ☐ Sécurité Sociale ☐ CMU ☐ AME ☐ Absence de couverture

Suivi anténatal :

☐ Sage-femme ☐ Généraliste ☐ Gynécologue

Nom, prénom :.....

Tél : .....

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____»

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :
Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

GROSSESSE

☐ Grossesse normale ☐ Pathologie maternelle (préciser) :

☐ Pathologie fœtale (préciser) :

ACCOUCHEMENT

le : / / à : h Terme :

☐ Voie basse spontanée ☐ Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :

Complications (préciser le cas échéant) :☐ de la délivrance ☐ d'anesthésie ☐ autre

Points à surveiller :

☐ Déchirure simple / compliquée ☐ Episiotomie

☐ Périnée complet ☐ Cicatrice de césarienne avec complication

☐ Evolution des fils résorbables ☐ Fils / agrafes à retirer à J

☐ Hématome ☐ Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

☐ Physiologique ☐ Pathologique (préciser) :

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :

Traitement en cours : ☐ antibiotiques ☐ anticoagulant ☐ autres (préciser) :

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : ☐ M ☐ F

Poids de naissance : Poids le plus bas : date :....

☐ Jumeaux, prénom de J2 : ☐ M ☐ F

Poids de naissance : Poids le plus bas : date :....

Alimentation : ☐ Sein ☐ Mixte ☐ Préparation pour nourrisson

Guthrie : ☐ fait ☐ à faire (joindre buvard avec n°acct + enveloppe)

Dépistage de la surdité : ☐ fait ☐ à proposer

Points à surveiller :

☐ Alimentation ☐ Ictère ☐ Infection

☐ Prise de poids ☐ Autre (préciser)

SORTIE le / / à J

Accompagnement(s) proposé(s) :

☐ Sage-femme libérale ☐ Médecin généraliste

☐ Puéricultrice (PMI) ☐ Pédiatre

☐ TISF ☐ Soutien à l'allaitement (préciser) :

☐ Psychologue ☐ Autre (préciser) :

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____»