Modèle de fiche de demande d'admission *post-partum* pathologique – Projet thérapeutique

Maternité :	Fax :
Sage-femme HAD <i>post-partum</i> :	Fax :
Coordination HAD sur l'hôpital :	Fax :

Identification de la patiente : Nom :	Prénom :
N° chambre :
Date de naissance :	Code :	Adresse :
Escalier :	Porte :
Médecin traitant (généraliste ou spécialiste) :

Geste :	Pare :	Rh :	RAI	VIH	Hépatite B ou C	Toxo
Allergie :
ACTD obstétricaux :
Accouchement le :	.../.../...	Terme :
Motif d'HAD :

Couverture sociale : oui - non	grossesse normale
Composition familiale :	pathologie grossesse
Aides sociales :	pathologie maternelle

Accouchement voie basse :	thrombus
périnée intact	lésions avec soins particuliers
épisiotomie ou déchirure simple	déchirure compliquée
fils résorbables	périnée complet
fils non résorbables	à retirer J ...	hématome
hémorroïdes invalidantes
Délivrance	naturelle	hémorragique
artificielle	révision utérine
Antibiothérapie en cours :	transfusion à l'accouchement
anémie
anticoagulants

Forceps pour :	Césarienne pour :
cicatrice sans complications cicatrice avec complications

Sortie le .../.../...	J ...	risque « <i>baby blues</i> »
Contraception :	relais PMI
Prise en charge spécifique :	problèmes sociaux - à préciser
Nom du référent :

Nouveau-né :	Nom :	Prénom :	M	F
Poids de naissance (Pds N)	g	Poids de sortie (Pds S).....	g
jumeaux	J1 Pds N :	Pds S.....g et J2 Pds N.....g	Pds S.....g
nourrisson en bonne santé	ictère bilirubine
infection	germes	ATBT
Surveillance particulière :	anémie	traitement
Allaitement :	sein	mixte artificiel	difficultés allaitement
Tests dépistage :	fait	non fait

Rendez-vous : _____ **Accord de la patiente :** _____

CONFIDENTIALITÉ

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 :