

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

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

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

Nouveau-né :	Nom :	Prénom :	M	F
Poids de naissance (Pds N)	Pds N :	Pds S.....g et J2 Pds N.....g	Pds S.....g	
jumeaux	J1	ictère bilirubine		
nourrisson en bonne santé		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 :