

Aide-mémoire pour la continuité de soins et de services à la mère et au nouveau-né

Marie-Josée Martel

Données d'identification de la mère

N° dossier: _____
Nom et prénom la mère: _____ Âge: _____
Adresse: _____
Numéro de téléphone: _____
Nom du conjoint: _____
Autres enfants à la maison: Non Oui (spécifier) _____

Enfants	Âge	Nombre de semaines de grossesse	Enfants	Âge	Nombre de semaines de grossesse
Enfant 1			Enfant 5		
Enfant 2			Enfant 6		
Enfant 3			Enfant 7		
Enfant 4			Enfant 8		

Langues parlées (autre que français): _____

Histoire sociale de la mère

Monoparentale Deux parents ATCD santé mentale _____
Violence conjugale
Suivi SIPPE
Quel(s) programme(s) : OLO NÉ-GS PSJP Région/inf. : _____

Religion et considérations culturelles particulières : Non Oui (spécifier) _____

Autres particularités (réactions à la grossesse, soutien/accompagnement, besoins de ressources communautaires):
Non Oui (spécifier) _____

Localisation géographique (p/r aux maladies héréditaires) : Non Oui (spécifier) _____

Histoire médicale familiale

Pathologies et maladies chroniques : Non Oui (spécifier) _____

Antécédents de malformations ou déficits sensoriels : Non Oui (spécifier) _____

Maladies héréditaires (connues ou suspectées) : Non Oui (spécifier) _____

Décès néonataux inexplicés : Non Oui (spécifier) _____

Histoire médicale maternelle

Groupe sanguin mère : _____ Rh _____ Coombs indirect positif

IMC : _____

ERV/cultures faites : _____ MRSA/cultures faites : _____

Maladies chroniques : Non Oui (spécifier) _____

Chirurgies et hospitalisations antérieures : Non Oui (spécifier) _____

Médication avant et pendant la grossesse : Non Oui (spécifier) _____

Histoire obstétricale

G _____ P _____ A _____ Prématurité _____

Particularités durant les grossesses antérieures: Non Oui (spécifier) _____

<i>Gravida</i>	Particularités (décès, prématurité, RCIU, petit poids de naissance, anomalie de placenta, DPPNI, prééclampsie, dépression, etc.)

Procréation assistée: Non Oui (spécifier) _____

Histoire de grossesse

Consommation drogues (substance et nbre x/jr) _____

Consommation cigarettes (nbre x/jr) _____

Consommation alcool (nbre x/jr) _____

Médicaments: Non Oui (spécifier) _____

Exposition à des agents tératogènes: Non Oui (spécifier) _____

Mère originaire de pays endémique: Non Oui (spécifier) _____

Prééclampsie Tocolyse MgSO4 reçu: _____

Autres agents pharmacologiques: _____

Trimestre	Particularités (menace fausse couche, suspicion malformation, résultats échographie, test de réactivité foetale, profil, amniocentèse, etc.)

Sérologie	+	-	Sérologie	+	-	Sérologie	État
Hépatite A			Varicelle			Strepto B	
Hépatite B (HBsAg)			Cytomégalovirus (CMV)			Positif	
Hépatite C			Toxoplasmose			Négatif	
Vaccin reçu: _____ Date: _____ ITSS: _____			Herpès VIH			Inconnu	
			Syphilis (VDRL)			Traité	
			Parvovirus B19			Non traité	
			Rubéole				

Histoire de la naissance

Date de naissance: _____ Né à: _____ sem.

Heure de la naissance: _____ Poids à la naissance: _____ g

Sexe: F M Gestation: Unique Multiple

Lieu de naissance: CH Maison de naissance Au domicile

Autres particularités: _____

Accouchement vaginal: Spontané Stimulation/provoc. Épidural

Autres analgésiques/anesthésies: _____

Autres particularités: _____

Césarienne: Élective Urgente Motifs: _____

Analgésie: _____

Autres particularités: _____

Facteurs de risque infectieux pour le nouveau-né			
Liquide amniotique méconial			
T° chez la mère ad : _____			<input type="checkbox"/>
Rupture des membranes > 18 hres			<input type="checkbox"/>
Strepto B positif			<input type="checkbox"/>
Antibio à la mère _____			<input type="checkbox"/>
Particularités lors de la naissance		Indice d'Apgar ____/____/____	
Mère		Bébé	
Épisiotomie	<input type="checkbox"/>	Siège	<input type="checkbox"/>
Déchirure _____ degré	<input type="checkbox"/>	Dystocie de l'épaule	<input type="checkbox"/>
Hémorragie _____ sang	<input type="checkbox"/>	Fracture _____	<input type="checkbox"/>
Autres particularités : _____		Circulaire X _____	<input type="checkbox"/>
_____		Forceps X _____	<input type="checkbox"/>
_____		Ventouse X _____	<input type="checkbox"/>
_____		Ph cordon _____	<input type="checkbox"/>
_____		O ₂	<input type="checkbox"/>
_____		Ventilé	<input type="checkbox"/>
_____		Intubé	<input type="checkbox"/>
_____		Compressions thoraciques	<input type="checkbox"/>
_____		Narcan	<input type="checkbox"/>

Histoire néonatale (*postpartum*)

Hospitalisation : Unité mère-enfant Soins intensifs Soins intermédiaires Autres _____

Dx admission : _____

Nbre de mois/jrs : _____

Protocoles particuliers ou suivis particuliers pour le nouveau-né			
Prématurité (< 37 sem.)	<input type="checkbox"/>	Diabète	
Petit poids de naissance (< 2500 g)	<input type="checkbox"/>	Gestationnel	<input type="checkbox"/>
Retard de croissance intra-utérine (RCIU)	<input type="checkbox"/>	Gestationnel avec insuline	<input type="checkbox"/>
Macrosomie (> 4500 g)	<input type="checkbox"/>	Type I (insulino-dépendant)	<input type="checkbox"/>
Postmaturité (> 42 sem.)	<input type="checkbox"/>		
Hypothermie	<input type="checkbox"/>	Positif	<input type="checkbox"/>
Hyperthermie	<input type="checkbox"/>	Suspecté	<input type="checkbox"/>
Sx de sevrage	<input type="checkbox"/>	ATB reçus/heures	<input type="checkbox"/>
Autres particularités : _____			
_____		Cessée le _____	
_____		Dernière bili _____ µmol/l	
_____		Date _____	

Facteurs de risque reliés à l'ictère du nouveau-né¹**Histoire familiale**Ascendance asiatique ou européenne Antécédent d'ictère dans la fratrie Mère Rh – **Histoire de la grossesse/naissance**Gestation de moins de 38 sem. Céphalhématome/Bosse sérosanguine Ecchymoses visibles **Histoire néonatale**Incompatibilité ABO mère/nouveau-né (groupe sanguin de la mère: _____) Coombs direct positif chez nouveau-né Polycythémie (souvent associé au diabète, la prééclampsie) Infection chez nouveau-né/mère Signes de déshydratation Ictère visible à moins de 24 hres de vie Ictère visible avant le congé **Facteurs de risque au démarrage de l'allaitement****Histoire obstétricale**ATCD de mastite Chirurgie mammaire Mamelons invaginés **Histoire néonatale**Début tardif ou difficile (1^{er} 24 hres) Séparation mère/enfant Hospitalisation à l'unité néonatale Utilisation du tire-lait Utilisation de compléments (substitut de lait maternel) Allaitement non exclusif Utilisation sucette d'amusement Perte de poids > 10%

Croyances culturelles particulières relatives aux soins du nouveau-né: _____

1. Inspiré des lignes directrices de la SCP.

Histoire néonatale dans la communauté

Éléments de surveillance reliés à l'allaitement		
<p>Alimentation</p> <p><i>Allaitement maternel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Type d'allaitement <ul style="list-style-type: none"> - Exclusif <input type="checkbox"/> - Non exclusif <input type="checkbox"/> • Nbre de tétées/24 h : _____ • Tétées groupées <input type="checkbox"/> Compléments: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • DAAM <input type="checkbox"/> • Tasse <input type="checkbox"/> • Cuillère <input type="checkbox"/> • Compte-gouttes <input type="checkbox"/> • Biberon <input type="checkbox"/> <p><i>Préparation commerciale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorte : _____ - Quantité : _____ - Fréquence : _____ • Rots: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Régurgitation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence/jr : _____ - Quantité : _____ - Contenu : _____ • Vomissements: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence/jr : _____ - Quantité : _____ • Utilisation de la sucette : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Vitamine D débutée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 	<p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nbre de mictions/jr : _____ - Couleur <ul style="list-style-type: none"> - Jaune paille <input type="checkbox"/> - Concentrée (jaune foncé) <input type="checkbox"/> - Cristaux d'urates <input type="checkbox"/> • Nbre de selles/jr : _____ - Couleur : <ul style="list-style-type: none"> - Jaune <input type="checkbox"/> - Brunâtre <input type="checkbox"/> - Verdâtre <input type="checkbox"/> - Décolorée <input type="checkbox"/> - Méconiale <input type="checkbox"/> - Consistance <ul style="list-style-type: none"> - Pâteuse <input type="checkbox"/> - Semi-liquide <input type="checkbox"/> - Liquide <input type="checkbox"/> 	
<p>Les 5 « bons » de l'allaitement (aide-mémoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bon moment (s'éveille, porte la main à sa bouche, cherche le sein, suce). • Bonne position (mère approche le bébé du sein et non l'inverse, le corps est contre celui de sa mère, l'oreille, l'épaule et la hanche sont alignées). • Bonne mise au sein (analogie du sandwich [bouchée de sein dans le sens de la bouche du bébé], la mère chatouille la lèvre supérieure avec le mamelon et d'un coin à l'autre, nez du bébé est aligné avec le mamelon). • Bonne prise du sein (prend une bonne partie de l'aréole, angle d'ouverture de la bouche doit être très grand, le menton doit toucher le sein et le nez être dégagé, lèvres sont retroussées sur le sein, on voit plus d'aréole au-dessus qu'en dessous de la bouche). • Bonne succion (rythme lent et régulier, succion ample et profonde, déglutition est présente, pas de claquement de langue ni de joues creuses). 		

Neurologique	
• Comportements durant la tétée	
- Calme	<input type="checkbox"/>
- Agité	<input type="checkbox"/>
• Comportements après la tétée	
- Calme	<input type="checkbox"/>
- Agité	<input type="checkbox"/>
Particularités : _____	

Éléments de surveillance reliés à l'ictère	
Peau <ul style="list-style-type: none"> • Coloration de la peau <ul style="list-style-type: none"> - Rosée - Pâle - Ictérique • Zone <ul style="list-style-type: none"> - Tête et cou - Thorax et ombilic - Hanches et cuisses - Genoux aux chevilles - Pieds et mains • Retour du pli cutané <ul style="list-style-type: none"> - Spontané (< 3 sec.) - Lent (> 3 sec.) 	Abdomen <ul style="list-style-type: none"> • Nbre de mictions/jr : _____ - Couleur <ul style="list-style-type: none"> - Jaune paille - Concentrée (jaune foncé) - Cristaux d'urates • Nbre de selles/jr : _____ - Couleur : <ul style="list-style-type: none"> - Jaune - Brunâtre - Verdâtre - Décolorée - Méconiale - Consistance <ul style="list-style-type: none"> - Pâteuse - Semi-liquide - Liquide
Tête <ul style="list-style-type: none"> • État des fontanelles <ul style="list-style-type: none"> - Plates - Bombées - Déprimées 	Alimentation <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la succion <ul style="list-style-type: none"> - Forte - Soutenue - Faible - Besoin de stimulation Régurgitation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fréquence/jr : _____ Quantité : _____ Contenu : _____ Vomissements : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fréquence/jr : _____ Quantité : _____

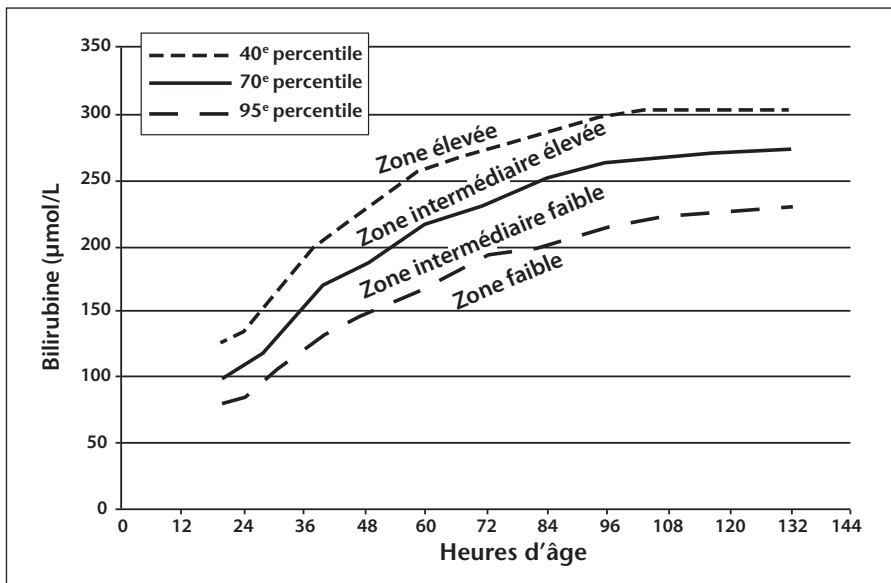
Neurologique

• Comportements

- Pendant les boires : _____

- Entre les boires : _____

Besoin de stimulation : Oui Non

Suivi et prise en charge de l'ictère

Nomogramme pour évaluer le dépistage de la concentration de la bilirubine sérique totale (BST) chez les nourrissons à terme et peu prématurés d'après la concentration de BST obtenue à un âge postnatal connu, en heures. Transcrire la BST sur le graphique, puis se reporter au tableau 4 pour savoir quelle mesure prendre. Traduit et adapté avec l'autorisation de *Pediatrics* 2004; 114:297-316 © 2004 par l'American Academy of Pediatrics.

Document de principes de la SCP : FN 2007-02

Réponse aux résultats du dépistage de la bilirubine			
Zone	Plus de 37 semaines d'âge gestationnel, au TAD (test de Coombs direct) négatif	35 à 37+6 semaines d'âge gestationnel ou au TAD (test de Coombs direct) positif	35 à 37+6 semaines d'âge gestationnel et au TAD (test de Coombs direct) positif
Élevée	Tests ou traitements supplémentaires requis*	Tests ou traitements supplémentaires requis*	Photothérapie requise
Intermédiaire élevée	Soins habituels	Suivi dans les 24 h à 48 h	Tests ou traitements supplémentaires requis*
Intermédiaire faible	Soins habituels	Soins habituels	Tests ou traitements supplémentaires requis*
Faible	Soins habituels	Soins habituels	Soins habituels
* Il faut prendre des dispositions pour réévaluer rapidement (p. ex. : dans les 24 heures) la bilirubine par épreuve sérologique. Un traitement par photothérapie peut également être indiqué. TAD : test d'antiglobuline directe			

Examen physique du nouveau-né		
Systèmes	Visite N° _____ Date : _____	Visite N° _____ Date : _____
Croissance (poids, gain de poids moyen/jour)		
Peau (coloration, texture, élasticité, taches de naissance, éruption, œdème, hémangiome, etc.)		
Tête (yeux, nez, oreilles, bouche, palais, langue, fontanelles, sutures, modelage, cheveux, cou, ganglions, etc.)		
Poumons et système respiratoire (rythme respiratoire, amplitude, murmure vésiculaire, tirage, etc.)		
Cœur et système cardiovasculaire (rythme cardiaque, amplitude, souffle, pouls fémoraux et périphériques, remplissage capillaire, etc.)		
Abdomen (foie, rate, reins, cordon ombilical, péristaltisme, régurgitations, vomissements, hernies, etc.)		
Génito-urinaire (organes génitaux fém., masc., smegma, anus, nombre de mictions/selles, etc.)		
Musculosquelettique (clavicules, hanches, déformation, symétrie, articulations, muscles, colonne vertébrale, dos, mains, pieds, etc.)		
Neurologique (tonus passif et actif, pleurs, activité, posture, réflexes, réponse aux stimuli visuels et auditifs, etc.)		

Notes complémentaires : _____

