



MOCLI60065

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

AVIS DE CONTINUITÉ DE SOINS PÉRINATALITÉ

COORDONNÉES SUPPLÉMENTAIRES				Initiales	
☐ Confirmation des coordonnées téléphoniques pour joindre l'usagère: _____					
GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT				Initiales	
☐ Primipare ☐ Multipare Nombre de semaines : _____ ☐ Gémellaire ☐ Pré-éclampsie ☐ Diabète : _____ ☐ Strep B + ☐ Porteuse Hépatite B ☐ Prise d'antidépresseurs ☐ Autre : _____					
Vaginal : ☐ Spontané ☐ Assisté _____ ☐ Lacérations 3°/4° degré ☐ Césarienne ☐ Planifiée ☐ Urgente ☐ Agrafes à retirer, date : _____ aaaa/mm/jj ☐ Deuil périnatal ☐ Liste vérification deuil périnatal jointe					
SITUATION FAMILIALE ET SOCIALE				Initiales	
☐ Mono/ solo parentale ☐ Faible réseau ☐ Adaptation difficile avec bébé ☐ Consommation ☐ Santé mentale ☐ Tensions familiales ☐ Situation économique difficile ☐ Fiche 28 complétée ☐ Vu par travailleur social : _____ ☐ Immigration moins de 5 ans ☐ Barrière linguistique Commentaires : _____					
NOUVEAU-NÉ				Initiales	
☐ Poids au congé : _____ % Perte : _____ Élimination : ☐ Normale ☐ Particularités : _____ ☐ Particularités à la naissance: _____ ☐ Ankyloglossie ☐ Photothérapie ☐ Signes de sevrage ☐ Immunisation au VRS : _____ aaaa/mm/jj ☐ Refus ☐ Transfert autre établissement : Raison : _____					
ALIMENTATION				Initiales	
☐ Allaitement ☐ Va bien ☐ Besoin de soutien ☐ Mise au sein difficile ☐ Ambivalence ☐ Chirurgie mammaire ☐ Expérience antérieure : _____ ☐ Utilise tire-lait ☐ Dispositif aide à l'allaitement ☐ Gerçures ☐ Crevasses Compléments avec substituts : ☐ Lait maternel enrichi ☐ Préparation commerciale pour nourrisson Plan établi avec famille : _____ ☐ Non-allaitement : ☐ Va bien ☐ Besoin soutien _____ Commentaires : _____					
SUIVI PARTICULIER				Initiales	
☐ Aucun ☐ Bébé hospitalisé Raison : _____ ☐ Suivi au centre accoucheur _____ aaaa/mm/jj ☐ Suivi demandé au CLSC Motif(s) : ☐ Allaitement ☐ Poids ☐ Ictère ☐ Autre : _____ ☐ Ordonnance médicale (préciser la conduite et le délai) : _____ ☐ Enseignement non complété (joindre feuille enseignement au besoin): _____ Autre : _____ _____ _____					
TRANSMETTRE CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ AU CLSC CONCERNÉ ET AUX SERVICES DE SAGE-FEMME, SI USAGÈRE SUIVIE PAR UNE SAGE-FEMME				Initiales	
☐ Au congé dyade (mère et bébé) : _____ aaaa/mm/jj ☐ Au congé mère : _____ aaaa/mm/jj ☐ 2 ^e envoi au congé du bébé (si hospitalisé) : _____ aaaa/mm/jj Télécopieurs : ☐ Jardins-Roussillon : 450-699-1160 ☐ Suroît : 450-854-2088 ☐ Haut St-Laurent : 450-843-5003 ☐ Vaudreuil-Soulanges 450-424-8218 ☐ Services de sage-femme : 450-377-7302 ☐ Autre : _____					
Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales