

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ACCUEIL CLINIQUE – ÉVALUATION INFIRMIÈRE

SAIGNEMENT 1^{ER} TRIMESTRE

Se référer à l'OC-6087 Initier des mesures diagnostiques chez la femme enceinte présentant un saignement vaginal au 1^{er} trimestre

CONTRE-INDICATIONS	
☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Interventions : ☐ Référence à l'urgence ☐ Médecin référent avisé ☐ Autre : _____	
HISTOIRE DE SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS	
Suivi médical dans un autre centre hospitalier	☐ Oui ☐ Non Établissement : _____
Antécédents médicaux	_____
Antécédents chirurgicaux	_____
Grossesse	DDM : aaaa/mm/jj Nombre semaines de grossesse : _____ G _____ P _____ A _____
Habitudes de vie	Tabac : ☐ Oui ☐ Non Qté/Fréquence : _____
	Alcool : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____
	Drogues : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Qté/Fréquence : _____
MÉDICAMENTS	
Allergie : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Médicaments : ☐ Voir profil pharmaceutique	Nom de la pharmacie : _____
ENSEIGNEMENT	
☐ Feuilles et coordonnées remis	☐ Consignes de sécurité en cas de détérioration expliquées
EXAMEN PHYSIQUE	
Signes vitaux : TA : _____ / _____ mmHg FC : _____ /min. FR : _____ /min. Sat. : _____ % T : _____ °C	
Taille : _____ cm Poids : _____ kg ☐ Gain de poids : _____ kg ☐ Perte de poids : _____ kg Âge : _____	
Notes complémentaires : _____	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES (PQRSTU)**Saignement**Aspect : ☐ Brunâtre ☐ Rosé ☐ Rouge clair ☐ Rouge foncé ☐ Caillots ☐ Autre : _____

Préciser : _____

Début : ☐ Indéterminé ☐ Soudain ☐ GraduelDurée : ☐ _____ heures ☐ _____ jours ☐ _____ semainesDécompte serviettes sanitaires : ☐ Moins d'une serviette/h ☐ _____ serviettes/ _____ h☐ Indéterminé ☐ Autre : _____**Douleur**Intensité de la douleur : _____ /10 ☐ S/ORégion : ☐ Abdomen ☐ Épigastre ☐ Omilic ☐ Sus-pubienne☐ Flanc : ☐ D ☐ G ☐ Fosse iliaque : ☐ D ☐ G ☐ Autre : _____Irradiation : ☐ Abdomen ☐ Dos ☐ Aine ☐ Organes génitaux ☐ Épaule ☐ Autre : _____Description : ☐ Crampe ☐ Brûlure ☐ Coup poignard ☐ Élanement ☐ Pincement☐ Indéterminée ☐ Autre : _____Prise d'analgésie : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____Soulagement : ☐ Complet ☐ Partiel ☐ Aucun Préciser : _____

Notes complémentaires : _____

Examens paracliniques	Fait aaaa/mm/jj	Résultats reçus aaaa/mm/jj	Notes complémentaires + Initiales
Analyses sanguines			
Vaccin anti-Rho IM PRN (Rh négatif)			Site : ☐ BG ☐ BD ☐ Autre : _____ Signes vitaux (20 min. post) : TA : _____ / _____ mmHg FC : _____ /min. FR : _____ /min. SAT : _____ % T : _____ °C
Analyses sanguines post 48 h PRN			
Échographie obstétricale			
2 ^e échographie obstétricale PRN			
Consultation gynécologique			

NOTES COMPLÉMENTAIRES

☐ Dossier fermé à l'accueil clinique en date du : _____ aaaa/mm/jj

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES