



MOCLI60641

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

SUIVI EXTERNE NOUVEAU-NÉ SOINS INTERMÉDIAIRES

Rendez-vous : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj _____ Heure : _____ hh:mm _____ Heure d'arrivée : _____ hh:mm _____

Raison de la visite : _____

Âge gestationnel : _____ semaines	Bébé né le : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm
Facteurs de risque : _____	Poids de naissance : _____ g
	☐ Allaitement ☐ Biberon ☐ Complément
Courbe utilisée (ictère):	Photothérapie : ☐ Oui ☐ Non
☐ Faible ☐ Modérée ☐ Élevée	☐ Bilisoft Cessé le : _____ aaaa/mm/jj

Contrôle	Dernier résultat	Date
Heure de vie : _____ hh:mm		
☐ Poids _____ g Perte : _____ % _____ g	☐ Poids _____ g Perte : _____ %	aaaa/mm/jj
☐ Bilirubine totale et conjuguée _____ mmol/L	☐ Bilirubine totale et conjuguée _____ mmol/L	aaaa/mm/jj
☐ FSC _____	☐ FSC _____	aaaa/mm/jj
☐ Autres _____	☐ Autres _____	aaaa/mm/jj
☐ Examen médical _____	Bilirubine transcutanée CLSC : _____	
Bilirubine transcutanée : _____	Poids CLSC : _____ # Heure de vie : _____ hh:mm	

À la maison		
☐ Se réveille lui-même pour boire	☐ Est endormi, besoin d'être réveillé	☐ Montée laiteuse : _____
☐ Boit aux 3 heures	☐ Besoin d'être stimulé pour bien boire	☐ Tire-lait : _____
Fait au moins 3-4 mictions / 24 heures ☐ Oui ☐ Non	Selles : _____	
Si non, spécifier : _____		
☐ Référence (Avis de continuité) télécopiée		
☐ Statistique faite		
☐ Dossier fermé		
Heure de départ : _____ hh:mm		
Suivi prévu le : _____ aaaa/mm/jj ☐ Fin du suivi/Congé		

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

#Dossier :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____

[illegible]

Signature et titre : _____ Numéro de permis _____ Date : ____/____/____