



Installation : _____

VISITE POSTNATALE MÈRE SEMAINE 1
SUIVI SAGE-FEMME

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

JOUR _____
RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Date de la visite : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm Lieu : _____
Signes vitaux TA : _____ T° : _____
Utérus : Hauteur utérine : _____ Tranchées : _____ Lochies : _____
Périnée, cicatrice Visualisé : ☐ Oui ☐ Non
Élimination : _____
Allaitement : ☐ Lait maternel ☐ Préparation commerciale pour nourrissons (PCN)
Mise au sein observée : ☐ Oui ☐ Non

Soutien, adaptation : _____
Sommeil, repos : _____
Soins, conseils : _____

Suivi à faire : _____

Signature de la sage-femme : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj