



MOCLI60694

Installation : _____

**VISITE POSTNATALE MÈRE 2-3 SEMAINES
SUIVI SAGE-FEMME**

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Date de la visite : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Impression générale, état émotif : _____

Utérus : _____ Hauteur utérine : _____ Lochies : _____

Périnée, cicatrice Visualisé : ☐ Oui ☐ Non

Élimination : _____

Allaitement : ☐ Lait maternel ☐ Préparation commerciale pour nourrissons (PCN)

Soutien, adaptation : _____

Sexualité, contraception : _____

Sommeil, repos : _____

Retour sur l'accouchement : _____

Soins, conseils : _____

Suivi à faire : _____

Signature de la sage-femme : _____

Date : _____

aaaa/mm/jj