



Installation : _____

VISITE POSTNATALE MÈRE 6 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 : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm Lieu : _____	
Impression générale, état émotif : _____	
Examen gynécologique (utérus, prélèvements PRN) : _____	
Périnée, cicatrice Visualisé : ☐ Oui ☐ Non	
Élimination : _____	
Allaitement : ☐ Lait maternel ☐ Préparation commerciale pour nourrissons (PCN)	

Sommeil, repos, soutien : _____	
Adaptation du couple/de la famille : _____	
Sexualité, contraception : _____	
Retour au travail : _____	
Retour sur l'accouchement, suivi : _____	
Soins, conseils : _____	

Suivi à faire : _____	

Service spécifique complété : ☐ Oui, préciser : _____ ☐ Non Dossier fermé I-CLSC : ☐ Oui ☐ Non	

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