



MOCLI60696

Installation : _____

**VISITE POSTNATALE NOUVEAU-NÉ 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

Streptocoque B : ☐ Positif ☐ Négatif Antibiotique reçu : ☐ Oui ☐ Non
Apgar : _____ Groupe Rh de la mère : _____ Vitamine K reçue : ☐ Oui ☐ Non
Date de la visite : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm Lieu : _____
Impression générale : _____
Poids : _____
Tête, yeux : _____
Signes vitaux : Rythme cardiaque : _____ Rythme respiratoire : _____ T° : _____
Dépistage cardiopathie : Main droite _____ % Pied gauche : _____ % Pied droit : _____ %
Peau, ictère : _____
Ombilic : _____
Allaitement : ☐ Lait maternel ☐ Préparation commerciale pour nourrissons (PCN)

Élimination : Selles : ☐ Oui ☐ Non Nombre : _____ Couleur : _____
Miction : ☐ Oui ☐ Non Nombre : _____ Couleur : _____
Sommeil, éveil, pleurs : _____
Soins, conseils : _____

Dépistage de maladies métaboliques héréditaires (DMMH) # _____ Talon : ☐ Gauche ☐ Droit
Acheminé selon la procédure du DMMH : ☐ Oui ☐ Non
Prévention Syndrome de mort subite du nourrisson effectué : ☐ Oui ☐ Non
Prévention Syndrome bébé secoué effectué : ☐ Oui ☐ Non
Suivi à faire : _____

Signature de la sage-femme : _____

Date : _____

aaaa/mm/jj