



MOCLI60697

Installation : _____

**VISITE POSTNATALE NOUVEAU-NÉ 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 : _____ aaaa/mm/jj _____ Heure : _____ hh:mm _____ Lieu : _____

Impression générale : _____

Croissance : Poids : _____ Longueur : _____ Périmètre crânien : _____

Tête, yeux : _____

Signes vitaux : Rythme cardiaque : _____ Rythme respiratoire : _____

Peau, ictère : _____

Ombilic : _____

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

Élimination : _____

Sommeil, éveil, pleurs : _____

Soins, conseils : _____

Rappel dépistage de maladies métaboliques héréditaires (DMMH) : ☐ Oui ☐ Non

☐ Sujet de la vaccination conformément au Programme d'immunisation du Québec (PIQ) abordé. Vaccins et intervalles recommandés.

Suivi à faire : _____

Signature de la sage-femme : _____

Date : _____
aaaa/mm/jj