



MOCLI60698

Installation : _____

**VISITE POSTNATALE NOUVEAU-NÉ 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 : _____

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 : _____

Développement, Particularités: _____

Conseil, Suivi prévu : _____

Suivi Médecin/IPS : ☐ Oui ☐ Non

Suivi infirmière CLSC : ☐ Oui ☐ Non

Service spécifique complété : ☐ Oui ☐ Non

Dossier fermé I-CLSC : ☐ Oui ☐ Non

Signature de la sage-femme : _____

Date : _____
aaaa/mm/jj