



MOCLI60703

Installation : _____

CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE POSTPARTUM

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Directives : - Consulter la règle de soins infirmiers RSI-6003 « Consultation téléphonique obstétricale et postnatale »

INFORMATIONS GÉNÉRALES :

1^{er} appel : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

2^e appel : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

Motif de l'appel : _____

Date accouchement : _____ aaaa/mm/jj ☐ Vaginal ☐ Césarienne Date du congé : _____ aaaa/mm/jj

Médecin traitant : _____

Problème de santé : _____

Gravida : _____ Para : _____ Aborta : _____ Allaitement : ☐ Oui ☐ Non

Particularité de grossesse : ☐ Diabète ☐ Pré éclampsie ☐ HTA ☐ Autre : _____

PARTICULARITÉS RELIÉES L'ACCOUCHEMENT :

☐ Sans complication ☐ Hémorragie post partum : _____ mL ☐ Accouchement vaginal assisté : _____

☐ Accouchement vaginal après césarienne ☐ Décès périnatal : _____

☐ Déchirure/épisiotomie : _____ ☐ Infection en période périnatale (fièvre et/ou antibiotiques)

☐ Autre : _____

MOTIFS DE L'APPEL	COLLECTE DE DONNÉES
☐ Douleurs	P : _____ Médication : _____ Q : _____ R : _____ S : _____ Autre : _____ T : _____ U : _____
☐ Dysurie	Début : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm Brûlement mictionnel : ☐ Oui ☐ Non Douleur bas dos / ventre : ☐ Oui ☐ Non Envies fréquentes : ☐ Oui ☐ Non Quantité : _____ Aspect : ☐ Claire ☐ Brouillée ☐ Sang ☐ Caillots ☐ Autre : _____ Odeur nauséabonde : ☐ Oui ☐ Non Fièvre (plus de 38,5°C ou 101,3°F) : ☐ Oui ☐ Non Autre : _____
☐ Fièvre	Température : _____ Symptômes d'allure grippal : ☐ Oui ☐ Non Signes et symptômes de mastite : ☐ Oui ☐ Non Douleur abdominale : ☐ Oui ☐ Non Contact avec des personnes infectées : ☐ Oui ☐ Non Plaie césarienne : ☐ Oui ☐ Non Plaie au périnée : ☐ Oui ☐ Non Médication : _____ Autre : _____
☐ Autre	_____ _____ _____ _____

RECOMMANDATIONS ET CONSIGNES	
☐	Réassurance et conseils reliés au motif de l'appel donnés
☐	Avisée de mettre une nouvelle serviette sanitaire et de réévaluer dans (préciser délai) : _____
☐	Avisée de rappeler si pas d'amélioration dans (préciser délai) : _____
☐	Avisée de consulter un professionnel de la santé si pas d'amélioration dans (préciser délai et endroit) : _____
☐	Avisée de prendre un rendez-vous avec son médecin traitant : _____
☐	Référence aux organismes communautaires donnée : _____
☐	Référence au 811/Guichet d'accès à la première ligne (GAP) donnée
☐	Référence au CLSC complétée: ☐ Mécanisme d'accès santé mentale ☐ Soins courants ☐ 0-5 ans
☐	☐ Autorisation verbale de l'usagère à communiquer les informations au CLSC obtenue
☐	☐ Formulaire transmis au CLSC en guise de référence
☐	Avisée de composer le 911 immédiatement
☐	Avisée de se présenter à l'urgence de l'hôpital
☐	Avisée de se présenter à l'hôpital sur l'unité d'obstétrique pour une évaluation
☐	Consigne donnée pour tous les appels : si inquiétude pour état de santé, vous rendre à l'hôpital
☐	Autre : _____

Recommandations et consignes au 2^e appel (s'il y a lieu) : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : aaaa/mm/jj