



MOCLI60823

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CHEMINEMENT CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ

Consignes : Rédiger dans particularités ou Notes complémentaires lors de la particularité [*] ou les CLI- lors du [©]. Consigner les éléments requis au PTI.

NAISSANCE			
Date : _____	Heure : _____	Âge gestationnel : _____	Sexe : _____
Accouchement : ☐ Césarienne : ☐ Planifiée ☐ Urgente ☐ Vaginal ☐ Dystocie des épaules : _____ secs			
Assisté : ☐ Oui ☐ Non Instrument : Ventouse ☐ Traction(s) : _____ Forceps ☐ Traction (s) : _____			
☐ Étapes initiales du programme de réanimation néonatale			
☐ Aspiration à la poire* : ☐ Nez ☐ Bouche			
☐ Cordon clampé à _____ mm:ss de vie ☐ Apporté sur table chauffante®			
☐ Bracelets mis en place # : _____ Bébé : ☐ Poignet ☐ Cheville ☐ Mère ☐ 2 ^e parent			
☐ Peau à peau : ☐ Mère ☐ 2 ^e parent ☐ Autre : _____ ☐ Durée : _____ hh:mm:ss ☐ Impossibilité*			
CLI-60593 Notes d'observation lors de soins néonataux; CLI-60591 Code rose néonatal post-partum immédiat			

ÉTAT GÉNÉRAL			
	1 min de vie	5 min de vie	10 min de vie
Coloration	R : rosé	A : Acrocyanose C : Cyanose*	P : Pâle*
Tonus	MA : mouvements actifs		HYPOTONIQUE* : Hypotonique* F : Flasque*
État respiratoire	B : Bons pleurs L : Lents* AP : Apnée* G : Gaspes* BAN : Battement des ailes du nez* T : Tirage*		
Élimination	☐ Miction ☐ Méconium ☐ Liquide méconial Préciser : _____		

NOTES COMPLÉMENTAIRES	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
hh:mm	
Bloc opératoire	☐ Transfert à l'unité d'obstétrique : _____ hh:mm ☐ Unité de soins intermédiaires : _____ hh:mm ☐ Berceau ☐ Incubateur de transport ☐ Table chauffante ☐ Peau à peau Accompagné par : _____

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

SURVEILLANCES ACCOUCHEMENT ASSISTÉ ☐ S/O		Initiales
☐ Accouchement assisté : Signes vitaux (fréquence cardiaque, respiratoire) et douleur : à 1h, 2h et 4h de vie *inscrire à la section paramètres vitaux ☐ Mesure PC : *inscrire section soins initiaux du nouveau-né		

SOINS INITIAUX DU NOUVEAU-NÉ - NAISSANCE 2 PREMIÈRES HEURES		Initiales
Poids	_____ g _____ lbs, oz ☐ PAG ☐ GAG ☐ Se référer section glycémie capillaire	
Mesures	Taille : _____ cm _____ po Tête : _____ cm _____ po → Si accouchement vaginal assisté à 4h de vie : _____ ; 24h de vie : _____	

TRAITEMENT		Initiales
Remplir les outils cliniques associés, OIPI, FADM, etc.		
Vitamine K 1mg IM x1 ☐ Enseignement fait et consentement verbal obtenu des parents ☐ Si refus *compléter AH-110 et se référer au pédiatre (dans les 6h suivant la naissance)	Érythromycine 0,5% pommade ophtalmique dans chaque œil x1 ☐ Enseignement fait et consentement verbal obtenu des parents ☐ Si refus *compléter AH-110 et se référer au pédiatre (dans les 2h suivant la naissance)	
Méthode soulagement de la douleur utilisée* : _____		

RÉSULTATS DE LABORATOIRES		Initiales
Résultats des prélèvements à la naissance (sang de cordon) ☐ pH artériel : _____ ☐ pH veineux : _____ FSC : ☐ Normale ☐ FSC anormale* : _____ Contrôle FSC : ☐ au premier boire OU ☐ à 24 heures de vie Groupe sanguin du nouveau-né : _____ Coombs : _____		

OUTILS CLINIQUES INITIÉS PAR L'INFIRMIÈRE/SIGNATURES	
OC-6088 Soins et surveillances du nouveau-né de 35 semaines et plus Risque de Sepsis : ☐ Oui ☐ Non Initié : _____ ☐ En cours ☐ Cessé Signature : _____	
OC-6089 Dépistage et prise en charge nouveau-né vulnérable à l'hypoglycémie ☐ S/O Initié : _____ ☐ En cours ☐ Cessé Signature : _____	
OC-6018 Ictère du nouveau-né : dépister et faire le suivi ☐ Faible ☐ Modéré ☐ Élevé Initié : _____ ☐ En cours ☐ Cessé Signature : _____	
OC-6011 Administrer du sucrose pour prévenir et soulager la douleur chez le nouveau-né et le nourrisson Initié : _____ ☐ En cours ☐ Cessé Signature : _____	
Autres outils cliniques Initié : _____ ☐ En cours ☐ Cessé Signature : _____ Initié : _____ ☐ En cours ☐ Cessé Signature : _____	

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

Consignes : Cocher lorsque l'état du nouveau-né correspond à l'élément. Rédiger dans la section particularités au besoin et consigner au PTI.

EXAMEN CLINIQUE			
Description	Particularités	Description	Particularités
Activité		Cœur	
☐ Éveillé(e)		☐ Pouls fémoraux présents /symétriques	
☐ Pleure		☐ Pouls régulier entendu à l'apex	
☐ Mouvements actifs		Abdomen et ombilic	
Peau et tégument		☐ Cylindrique, souple et symétrique	
☐ Coloration rosée à rougeâtre		☐ Borborygmes légers à l'auscultation	
☐ Acrocyanose		☐ Cordon blanc et bleuté (2 artères et 1 veine)	
☐ Ø de marque distinctive		☐ Pince en place	
Tête		Dos	
☐ Forme symétrique et circulaire		☐ Colonne droite, flexible, forme un C	
☐ Fontanelle postérieure palpable		☐ Lombo-sacrée : lisse, Ø proéminence	
☐ Fontanelle antérieure palpable		☐ Symétrie du pli fessier	
Visage		Organes génitaux	
☐ Symétrique entre côté G et D		☐ Méat urinaire centré	
Yeux		☐ Anus visible sur la ligne médiane	
☐ Cornée claire et brillante		☐ Scrotum divisé avec 2 testicules palpés	
☐ Pupilles brillantes		☐ Testicules présents, symétriques	
Nez		☐ Présence du clitoris, des petites lèvres et grandes lèvres, orifice vaginal visible	
☐ Symétrique			
☐ Narines perméables			
Oreilles			
☐ Pavillon de l'oreille situé au-dessus de la ligne de l'œil			
☐ Réagit aux bruits modérément forts			
Bouche		Membres supérieurs et inférieurs	
☐ Lèvres intactes		☐ Symétrie amplitude aux 4 membres	
☐ Palais intact		Extrémités	
☐ Absence d'ankyloglossie		☐ Doigts et orteils : nombre exact	
☐ Symétrie mouvement et force		Réflexes	
Thorax/respiration		☐ Moro	
☐ Clavicules droites et intactes		☐ Points cardinaux	
☐ Mouvements respiratoires symétriques		☐ Succion	
☐ Auscultation : MV forts, bilatéraux, Ø bruits surajoutés		☐ Préhension	
☐ Ø utilisation muscles accessoires		☐ Score de Douleur * selon échelle en vigueur ®	

CLI-6001 Échelle de douleur nouveau-né/nourrisson/enfant échelle FLACC

PARTICULARITÉS

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

PARAMÈTRES VITAUX												
Date	aaaa/mm	jj	jj	jj	jj	jj	jj	jj	jj	jj	jj	jj
Heure	hh:mm											
Fréquence cardiaque												
battements par minute												
Fréquence respiratoire												
par minute												
S : Symétrique T : Tirage* BAN : Battements ailes du nez* P : Plaintes* C : Claire R : Râles *												
Description												
Température (°C)	Axillaire											
	Rectale											
MD : Main Droite MG : Main Gauche PD : Pied Droit PG : Pied Gauche												
Saturation % (PRN)												
Site												
BD : Bras droit BG : Bras Gauche JD : Jambe Droite JG : Jambe Gauche												
Tension artérielle (mmHg) (PRN)												
Tension artérielle moyenne (mmHg) (PRN)												
Site												
R : Rosée A : Acrocyanosée P : Pâle* I : Ictérique* P : Pléthorique* M : Marbrée* C : Cyanosée* CP : Cyanose péribuccale* FB : Faciès bleuté*												
Coloration de la peau												
A : Actif AS : Actif avec stimulation* S : Sommeil L : Léthargie* C : Calme T : Tremblements/trémulations* H : Hyperactif*												
Activité motrice												
MA : mouvements actifs F : Flasque* Hypo : Hypotonique* H : Hypertonique*												
Tonus												
I : Intact E : Écoulement* S : Saignement* R : Rougeur* O : Odeur *												
Cordon												
Score de Douleur * selon échelle en vigueur®	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Initiales												

CLI-6001 Échelle de douleur nouveau-né/nourrisson/enfant échelle FLACC

GLYCÉMIE CAPILLAIRE ☐ S/O					
Consignes : Si hypoglycémie, documenter évaluation et interventions dans la section notes complémentaires*					
Mesure de soulagement de la douleur : A : Allaitement S : Sucrose Si autre faire note complémentaire*					
Date	Heure	Glycémie	Type de glycémie (AC, PC, 2h de vie)	Soulagement (A, P, S, Autre)	Initiales
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			
aaaa/mm/jj	hh:mm	mmol/L			

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

ROUTINE 24H DE VIE		Initiales
Poids : _____ g	Perte de poids : _____ %	_____ ↓g

DÉPISTAGE CARDIOPATHIE				☐ Négatif	☐ Positif*
Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	Consignes : À faire après 24h de vie le plus rapproché du congé si possible. Documenter évaluation, interventions ainsi que le résultat du dépistage dans la section notes complémentaires*	
Heure	hh:mm	hh:mm	hh:mm		
Pré-ductale	%	%	%		
Post-ductale	%	%	%		
Initiales					

AUTRES DÉPISTAGES		Initiales
☐ Ictère : Bilirubine <u>transcutanée</u> ® ☐ Bilirubine <u>sérique</u> ® : ☐ Normale ☐ Anormale, photothérapie amorcée *		
☐ Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS) # _____ ☐ Si refus* ☐ FSC (raison) : _____ ☐ Autre (préciser) : _____ Prélèvement capillaire au talon : ☐ Gauche ☐ Droit		
☐ Méthode de soulagement de la douleur utilisée : _____		
<i>CLI-60056 Résultats bilirubinémie transcutanée à l'hôpital</i>		

SUIVI PONDÉRAL			
AAAA-MM	JJ	JJ	JJ
	hh:mm	hh:mm	hh:mm
Poids (g)			
Perte de poids (↓g et %)			
Initiales			

CONGÉ		Initiales
Heures de vie : _____ hh		
☐ Immunisation VRS en saison : ☐ Reçu ☐ Refus* ☐ S/O ☐ Dépistage surdité fait ☐ Bilirubine transcutanée recontrôlée* ☐ Suivi externe date : _____ aaaa/mm/jj Raison : _____		
Documents remis : ☐ Prescriptions et papiers de départ ☐ Déclaration de naissance		
Formulaire acheminés aux services de première ligne et si applicable, aux sages-femmes : ☐ Transmission d'un avis de continuité des services en périnatalité ☐ CLI-60056 Ictère du nouveau-né : Résultats bilirubinémie transcutanée à l'hôpital		
☐ Numéro de bracelets vérifiés : # _____ ☐ Mère ☐ 2 ^e parent/autre ☐ Bébé		

SÉCURITÉ SIÈGE D'AUTO		Initiales
☐ Vérification et enseignement siège d'auto complété ☐ Recommandation de faire vérifier l'installation du siège dans le véhicule par le réseau de vérification de leur région		

VÉRIFICATION DU SIÈGE D'AUTO ET DU NOUVEAU-NÉ ATTACHÉ		Initiales
☐ Date de péremption conforme ☐ Logo feuille érable présent (Conformité transport Canada) ☐ Courroies du harnais ajustées le plus près de bébé (aucune pince possible) ☐ Pince de poitrine à la hauteur des aisselles (assemblée) ☐ Positionnement de la poignée dans la voiture (se référer au guide du fabricant)	☐ Siège non accidenté ☐ Courroies du harnais dans les fentes du siège au même niveau ou plus bas que les épaules du bébé (aucun manteau) ☐ Courroies du harnais sans plis ni torsions ☐ Si accessoires (appui-tête, rehausseur) doivent être livrés avec le siège	
Famille quitte à : _____ hh:mm		

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

#Dossier :

FACTEURS INFLUENÇANT L'ALLAITEMENT		Initiales
MATERNELLE		
Expérience antérieure d'allaitement (préciser) : _____	☐ S/O	
Attentes face à l'allaitement/alimentation du nouveau-né : _____	☐ S/O	
Médication pendant grossesse/travail : _____	☐ S/O	
Chirurgie mammaire (type et année) : _____	☐ S/O	
NOUVEAU-NÉ		
☐ Risque hypoglycémie ☐ Ankyloglossie* : _____ ☐ Ictère ☐ Séparation mère/nouveau-né* : ☐ Tire-lait initié* Date : ____/____/____ Heure : ____h:____m ☐ Accouchement assisté ☐ Césarienne ☐ Accouchement précipité ☐ Réanimation ☐ Dystocie des épaules		
*Initier le tire-lait dans la première heure de vie		

S'accroche au sein	Évaluation des seins	Installation du bébé	Normalité des mamelons	Sons entendus
0 Endormi, refuse le sein, aucune mise au sein et/ou positionnement inadéquat	0 Engorgés, lourds, douloureux, présence de petites bosses, rougeurs, écoulement difficile du lait	0 Besoin d'assistance, de démonstration et d'expérimentations pour l'installation	0 Gercés, fissurés, saignements	0 Pas de sons entendus lors de la succion et déglutition
1 Tentatives répétées de mise au sein, tient le mamelon, mais doit être stimulé pour la succion ou repositionné souvent	1 Pleins et durs, inconfortables	1 Assistance partielle, intègre les connaissances, apprentissage en voie d'acquisition	1 Début de gerçures et rougeurs	1 Quelques sons entendus
2 Bonne mise au sein, bouche grande ouverte, lèvres souples et retroussées, langue basse et succion rythmée	2 Souples, sensibles surtout au début de l'allaitement	2 Autonome, à l'aise dans la mise au sein. Le bébé est tourné vers la mère. Poitrine, ventre et cuisses alignés. La mère connaît les différentes positions.	2 Bonne saillie et peau intègre <i>*Les mamelons plats ou invaginés sont normaux. La plupart des bébés s'en accommodent bien.</i>	2 Tête quelques coups, puis on entend ou observe la déglutition

[illegible]

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

Nom, prénom :

#Dossier :

Jour 0 (0 à 24 heures de vie) Date : ____/____/____ au ____/____/____

ALLAITEMENT													
Heure (hh:mm)													
Peau à peau (pré boire)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ALLAITEMENT SELON L'ACRONYME SEINS													
<i>Indiquer le chiffre correspondant aux observations (0 à 2) Un score de 8 et + pour 2 tétées consécutives indique généralement un allaitement efficace</i>													
S : S'accroche au sein													
E : Évaluation des seins													
I : Installation du bébé													
N : Normalité mamelons													
S : Sons entendus													
Score /10													
Rapporté par les parents*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M: Madone MI: Madone inversée F: Football C: Couchée P: Physiologique													
Positionnement													
A: Autonome, bonne technique AA: Avec aide, applique bien les conseils* AC: Aide complète, autonomie à travailler*													
Autonomie de la mère													
Téterelle*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tire-lait*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Initiales													

SUPPLÉMENTATION À L'ALLAITEMENT MATERNEL													
<i>Compléter le formulaire Raisons de supplémentation du lait maternel si PCN.</i>													
À la suite d'un allaitement*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C: Cuillère DS: Dispositif aide allaitement (DAA) au sein DD: DAA au doigt G: Gobelet BI: Biberon A: Alimentation entérale													
Méthode utilisée													
PCN: Préparation commerciale nourrisson LME: Lait maternel exprimé LMEE: Lait maternel exprimé enrichi													
Type													
Concentration calories (kcal)													
Résidu (mL) (Alimentation entérale)													
Quantité (mL)													
V: Vigoureuse et soutenue M: Molle* NS: Non soutenue*													
Succion													
M: Mère P: Deuxième parent A: Autre* I: Personnel infirmier													
Administré par													
Initiales													

BIBERON													
Heure (hh:mm)													
PCN: Préparation commerciale nourrisson LME: Lait maternel exprimé LMEE: Lait maternel exprimé enrichi													
Type													
Concentration calories (kcal)													
Quantité (mL)													
V: Vigoureuse et soutenue M: Molle* NS: Non soutenue*													
Succion													
M: Mère P: Deuxième parent A: Autre I: Personnel infirmier													
Administré par													
Initiales													

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

#Dossier :

CLI-60823 (2026-05) **CHEMINEMENT CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ** Dossier de l'utilisateur
Page 8 de 10

Nom, prénom :

#Dossier :

Jour 1 (25 à 48 heures de vie) Date : ____/____/____ au ____/____/____

ALLAITEMENT												
Heure (hh:mm)												
Peau à peau (pré boire)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ALLAITEMENT SELON L'ACRONYME SEINS												
<i>Indiquer le chiffre correspondant aux observations (0 à 2) Un score de 8 et + pour 2 tétées consécutives indique généralement un allaitement efficace</i>												
S : S'accroche au sein												
E : Évaluation des seins												
I : Installation du bébé												
N : Normalité mamelons												
S : Sons entendus												
Score /10												
Rapporté par les parents*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M: Madone MI: Madone inversée F: Football C: Couchée P: Physiologique												
Positionnement												
A: Autonome, bonne technique	AA: Avec aide, applique bien les conseils*			AC: Aide complète, autonomie à travailler*								
Autonomie de la mère												
Téterelle*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tire-lait*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Initiales												

SUPPLÉMENTATION À L'ALLAITEMENT MATERNEL												
<i>Compléter le formulaire Raisons de supplémentation du lait maternel si PCN.</i>												
À la suite d'un allaitement*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C: Cuillère DS: Dispositif aide allaitement (DAA) au sein DD: DAA au doigt G: Gobelet BI: Biberon A: Alimentation entérale												
Méthode utilisée												
PCN: Préparation commerciale nourrisson	LME: Lait maternel exprimé			LMEE: Lait maternel exprimé enrichi								
Type												
Concentration calories (kcal)												
Résidu (mL) (Alimentation entérale)												
Quantité (mL)												
V: Vigoureuse et soutenue M: Molle* NS: Non soutenue*												
Succion												
M: Mère	P: Deuxième parent			A: Autre*			I: Personnel infirmier					
Administré par												
Initiales												

BIBERON												
Heure (hh:mm)												
PCN: Préparation commerciale nourrisson	LME: Lait maternel exprimé			LMEE: Lait maternel exprimé enrichi								
Type												
Concentration calories (kcal)												
Quantité (mL)												
V: Vigoureuse et soutenue M: Molle* NS: Non soutenue*												
Succion												
M: Mère	P: Deuxième parent			A: Autre			I: Personnel infirmier					
Administré par												
Initiales												

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

#Dossier :

ÉLIMINATION												
QUART		NUIT			JOUR			SOIR				
		J : Jaune			CU : Cristaux d'urate			C : Concentrée				
Miction	Nombre		Aspect		Nombre		Aspect		Nombre		Aspect	
M : Méconium T : Transition G : Granuleuses L : Liquide												
Selle	Nombre		Aspect		Nombre		Aspect		Nombre		Aspect	
Aspect : L : Lait S : Sécrétions SG : Sanguin V:Verdâtre* (aviser médecin) Quantité : P : Peu M : Moyen B : Beaucoup												
Régurgitations	hh:mm		hh:mm		hh:mm		hh:mm		hh:mm		hh:mm	
(Aspect/Quantité)												
Initiales												

hh:mm
hh:mm
hh:mm
hh:mm

[illegible][illegible]