



MOCLI6002

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE OBSTÉTRICALE

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 : _____

Médecin traitant : _____ Dernière visite : _____ aaaa/mm/jj

Problème de santé : _____

Semaines de grossesse : _____ Date prévue d'accouchement : _____ ☐ Primipare ☐ Multipare

Examen du col : ☐ Oui ☐ Non Dilatation : _____ cm Effacement : _____ % Autre : _____

PARTICULARITÉS RELIÉES À LA GROSSESSE :

☐ Aucune ☐ Amniocentèse ☐ Version ☐ MTPT* ☐ Antécédent de prématurité ☐ Antécédent d'accouchement précipité

☐ Induction prévue le : _____ aaaa/mm/jj ☐ Césarienne prévue le : _____ aaaa/mm/jj

☐ Autre : _____

* MTPT : Menace de travail pré-terme

MOTIFS/CONSTATS	COLLECTE DE DONNÉES
☐ Contractions utérines	Début : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm Fréquence : _____ Durée : _____ Intensité : _____ ☐ Stable ☐ Augmentation douleur Perte de liquide : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Perte de sang : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Autre : _____
☐ Perte de liquide	Quantité : _____ Écoulement continu : ☐ Oui ☐ Non Qualité : ☐ Claire/liquide ☐ Visqueuse Préciser : _____ Si visqueuse, présence de démangeaisons : ☐ Oui ☐ Non Post bain/piscine : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Post relation sexuelle : ☐ Oui ☐ Non Diminution mvts fœtaux : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Perte de sang : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Contractions/douleur : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Autre : _____
☐ Saignements	Début : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm Caillot : ☐ Oui ☐ Non Couleur : ☐ Rouge vif ☐ Brun ☐ Autre : _____ Préciser la quantité/en combien de temps : _____ Placenta prævia : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Perte de liquide : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Contractions/douleur : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Diminution mvts fœtaux : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Post relation sexuelle : ☐ Oui ☐ Non Post toucher vaginal (TV) : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ Autre : _____

RECOMMANDATIONS ET CONSIGNES

- ☐ Si contractions utérines irrégulières ou non douloureuses : bain et repos en décubitus latéral gauche (DLG) ou marche recommandée
- ☐ **Primipare** : Si contractions utérines régulières 5 min ou moins, durée 45-60 secondes, X 2 h : se présenter à l'unité d'obstétrique
- ☐ **Multipare** : Si **contractions** utérines régulières 5 min ou moins, durée 45-60 secondes, X 1 h : se présenter à l'unité d'obstétrique
- ☐ Se présenter à l'urgence
- ☐ Se présenter à l'unité d'obstétrique pour une évaluation
- ☐ Explications du décompte des mvts fœtaux. Rassurant si plus de 6 mvts en 2 h, sinon se présenter à l'unité d'obstétrique
- ☐ Mettre une nouvelle serviette sanitaire et réévaluer dans (préciser délai) : _____
- ☐ Consigne donnée de rappeler si pas d'amélioration dans (préciser délai) : _____
- ☐ Avisée de prendre un rendez-vous avec son médecin traitant
- ☐ Réassurance faite
- ☐ Avisée de composer le 911 immédiatement
- ☐ **Consigne donnée pour tous les appels : si inquiétude pour état de santé, vous rendre à l'hôpital**
- ☐ Autre : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____

CLI-6002 (Rév.2024-05)