

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ÉVALUATION POSTNATALE DU NOUVEAU-NÉ

☐ Domicile ☐ CLSC Date : _____ aaaa/mm/jj ☐ Consentement verbal aux soins et services

Adresse : _____

Âge nouveau-né : _____ jours APGAR : _____ Particularités à la naissance : _____ Photothérapie à la naissance : ☐ Oui ☐ Non _____ jours Bilirubine transcutanée à l'hôpital : _____ µmol/L Taille : _____ cm Périmètre crânien : _____ cm Heures de vie lors de la visite : _____ heures	SUIVI MÉDICAL Pédiatre / médecin de famille / IPS : ☐ Oui ☐ Non ☐ Informations sur recherche d'un médecin VACCINATION Rendez-vous : ☐ Oui ☐ Non Enseignement : ☐ Calendrier de vaccination
---	---

SUIVI DU POIDS	RELANCES	INIT.
POIDS de naissance : _____ g	Date : _____ aaaa/mm/jj Âge : _____ jours Poids : _____ g ↑↓ _____ g/jour	
POIDS au départ de l'hôpital : _____ g	Date : _____ aaaa/mm/jj Âge : _____ jours Poids : _____ g ↑↓ _____ g/jour	
POIDS ce jour : _____ g	Date : _____ aaaa/mm/jj Âge : _____ jours Poids : _____ g ↑↓ _____ g/jour	
Depuis la naissance ↑↓ _____ g _____ %	Date : _____ Âge : _____ jours Poids : _____ g ↑↓ _____ g/jour	

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

☐ ALLAITEMENT EXCLUSIF : Visualisé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiel Nombre de tétées / 24 heures : _____ Durée : _____ minutes Déglutition : _____ Comportement pendant : ☐ Calme ☐ Autre : _____ Comportement après : ☐ Calme ☐ Autre : _____ ENSEIGNEMENT : ☐ 8 tétées ou + par /24 h ☐ Tétées groupées ☐ NON-ALLAITEMENT : ☐ Prêt à boire ☐ Concentré ☐ Poudre Nom de la préparation : _____ Quantité / Fréquence : _____ mL / chaque _____ h Comportement pendant : ☐ Calme ☐ Autre : _____ Comportement après : ☐ Calme ☐ Autre : _____	☐ ALLAITEMENT NON-EXCLUSIF / COMPLÉMENT : ☐ Lait maternel exprimé : Depuis : _____ aaaa/mm/jj Raison : _____ Quantité / Fréquence : _____ mL / _____ h ☐ Préparation commerciale nourrissons (PCN) : _____ Depuis : _____ aaaa/mm/jj Raison : _____ Quantité / Fréquence : _____ mL / _____ h Méthodes d'administration : ☐ Tasse ☐ DAAM* : _____ ☐ Biberon
--	--

ENSEIGNEMENT : ☐ Préparation, conservation et entretien des biberons ☐ Conservation du lait maternel
 Préparation des PCN : ☐ Oui ☐ Non ☐ Concentré ☐ Poudre ☐ Prêt à boire

ÉTAT GÉNÉRAL

RÉGURGITATIONS : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____ VOMISSEMENTS : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	SELLES : ☐ Jaunes ☐ Transitoires ☐ Méconium Fréquence : _____ / 24 h Préciser : _____	MICTION : ☐ Claires ☐ Concentrées ☐ Présence de cristaux Fréquence : _____ / 24 h Préciser : _____
ÉVEIL / COMPORTEMENT DE BÉBÉ : ☐ S'éveille seul pour boire ☐ Difficile à réveiller ☐ Besoin de stimulation pour boire		PLEURS : ☐ Facile à consoler ☐ Difficile à consoler ☐ Pleure sur de longues périodes Préciser : _____

* Dispositif d'aide à l'allaitement maternel

SIGNATURE SUIVI DU POIDS			
INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE

Nom :

Prénom :

Dossier :

EXAMEN PHYSIQUE	
ÉTAT GÉNÉRAL : ☐ Alerté ☐ Endormi ☐ Irritable Autre : _____	FONTANELLES : ☐ Souple ☐ Bombé ☐ Déprimé Particularités : _____
COLORATION : ☐ Rosée Ictérique : ☐ Thorax ☐ Visage ☐ Conjonctives ☐ Muqueuses Bilitranscutanée : _____ μmol/L	TÊTE / PÉRIMÈTRE CRÂNIEN : _____ cm (à mesurer PRN) ☐ Céphalématome ☐ Bosse sérosanguine ☐ Autre : _____
INTÉGRITÉ DE LA PEAU : ☐ Souple et lisse ☐ Sécheresse ☐ Érythème fessier ☐ Autre : _____	YEUX : ☐ Capacité de suivre mouvement brièvement ☐ Réflexe pupillaire Particularités : _____
NEZ : ☐ Dégagé ☐ Sécrétions Particularités : _____	CONJONCTIVES : ☐ Claire ☐ Écoulement ☐ Autre : _____
MUQUEUSE BUCCALE : ☐ Rosée ☐ Humide ☐ Sèche Particularités : _____	RÉFLEXE DE SUCCION : ☐ Normal ☐ Autre : _____
PALAIS : ☐ Normal ☐ Creux ☐ Fissure palatine Particularités : _____	MOBILITÉ DE LANGUE : ☐ Normal ☐ Ankyloglossie labiale ☐ Ankyloglossie linguale
RÉFLEXE DE PRÉHENSION ET MORO : ☐ Normal Tonus musculaire : ☐ Hypotonie ☐ Hypertonie	AUDITION : ☐ Réagit aux bruits Particularités : _____
AUSCULTATION PULMONAIRE : Fréquence : _____ /min Particularités : _____	AUSCULTATION CARDIAQUE : Fréquence : _____ /min Particularités : _____
ABDOMEN : ☐ Souple ☐ Bruits intestinaux audibles à auscultation ☐ Ballonnement ☐ Autre : _____	POULS FÉMORAUX : ☐ Palpable Particularités : _____
OMBILIC : ☐ Sec ☐ Humide ☐ Tombé ☐ Odeur ☐ Écoulement	ORGANES GÉNITAUX : ☐ Normaux ☐ Anus normal
MOUVEMENTS SYMÉTRIQUES DES MEMBRES : ☐ Mobilité des articulations ☐ Autre : _____	☐ Testicules : _____ Particularités : _____

Notes d'évolution ou recommandations :

ENSEIGNEMENT		
<i>*Enseigner les éléments non faits lors de l'évaluation téléphonique</i>		
Allaitement : ☐ 6 mois exclusif et total 2 ans et plus ☐ Impact de la suce / biberon ☐ Peau à peau ☐ Vitamine D ☐ Signes de faim/satiété		
☐ Cycle éveil / sommeil ☐ Position sommeil / plagiocéphalie ☐ Mort subite du nourrisson		
☐ Tabagisme/drogues/alcool ☐ Syndrome du bébé secoué ☐ Contraception		
☐ Ictère physiologique du nouveau-né ☐ Dodo sécuritaire : ☐ Sur le dos ☐ Co-dodo ☐ Lit sécuritaire		
☐ Environnement sécuritaire ☐ Signes d'alerte requérant consultation médicale immédiate pour le nouveau-né		
Ressources et rendez-vous :		
☐ Mieux-vivre ☐ Vaccination : rendez-vous / délais recommandés ☐ Test phénylcétonurie à 21 jours		
☐ Services 0-5 ans CLSC et autres ressources ☐ 811 : Info-Santé ☐ Visite médicale		

ANALYSE DE LA SITUATION ET SUIVI RECOMMANDÉ	
☐ Déroulement postnatal normal, aucun suivi.	
☐ Relance téléphonique à faire Date : _____aaaa/mm/jj	⇒ Motifs : _____
☐ Référence centre hospitalier accoucheur : _____	
☐ Suivi voir PTI et note ICLSC Date : _____aaaa/mm/jj	Heure : _____hh:mm ☐ CLSC ☐ Domicile
Signature de l'infirmière : _____ Date : _____aaaa/mm/jj	