

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

ÉVALUATION POSTNATALE TÉLÉPHONIQUE MÈRE ET NOUVEAU-NÉ

*Se référer à l'outil : Collecte de données lors de l'évaluation postnatale téléphonique.

☐ Consentement téléphonique aux soins et services Numéro de téléphone : _____

APPELS TÉLÉPHONIQUES SANS RÉPONSES

Date : _____ Heure : _____ Commentaires : _____ Initiales : _____
Date : _____ Heure : _____ Commentaires : _____ Initiales : _____
Date : _____ Heure : _____ Commentaires : _____ Initiales : _____
☐ Lettre envoyée : Date : _____ Par : _____

Évaluation auprès de : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____ Nom, prénom : _____
Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____ Programme du CLSC : ☐ SIPPE ☐ OLO

ÉVALUATION DE LA MÈRE

G ____ P ____ A ____ Date d'accouchement : ____/____/____ Heure : ____:____ Date du congé : ____/____/____ Gestation : ____ sem.

Nom du centre hospitalier : _____

Accouchement : ☐ Vaginal ☐ Césarienne planifiée ☐ Césarienne d'urgence
☐ Grossesse gémellaire ☐ Autre : _____
Type d'anesthésie : ☐ Générale ☐ Épidurale
Problèmes de santé durant la grossesse : ☐ Diabète ☐ Hypothyroïdie ☐ Hypertension
☐ Autre : _____

Particularités lors de l'accouchement : _____
Particularités de la plaie ou du périnée : _____ ☐ Agrafes, date du retrait : _____
Lochies : ☐ ↑ ☐ ↓ _____ ☐ Caillots : _____ ☐ Odeur : _____
Douleur : ☐ Oui ☐ Non ____/10 : _____
État général : ☐ Étourdissement ☐ Hyperthermie ☐ Autre : _____
Médication : _____
Élimination : _____ ☐ Autres particularités : _____
Enseignement : ☐ Méthodes de soulagement de la douleur ☐ Soins plaie / périnée ☐ Signes d'alerte nécessitant consultation

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

ALLAITEMENT

Expérience antérieure : ☐ Oui ☐ Non Durée : _____ Satisfaction : _____
☐ Exclusif ☐ Non-exclusif Depuis : _____ Raison : _____
☐ Counseling : _____
Chirurgie mammaire : ☐ Oui ☐ Non Type : _____ Année : _____
Montée laiteuse : ☐ Oui ☐ Non Jour : _____
Tétées : Nombre : ____/24h Durée : _____ ☐ Déglutition audible
Mamelons : ☐ Intacts ☐ Rougeurs : _____ ☐ Gerçures
☐ Crevasses : _____ ☐ Soins : _____
☐ Douleur sein droit ____/10 ☐ Douleur sein gauche ____/10
Mise au sein : ☐ Sans difficulté ☐ Assistance partielle ☐ Assistance complète
Enseignement : ☐ 8 tétées ou +/24h ☐ Groupées ☐ Groupe soutien allaitement

NON-ALLAITEMENT

Depuis : _____
Raison : _____
☐ Counseling : _____
Type de préparation commerciale pour nourrissons (PCN) : _____
Nombre de boires : ____/24h
Quantité par boire : _____ mL

Engorgement : ☐ Oui ☐ Non Enseignement : _____
Expression de lait maternel : ☐ Oui ☐ Non Raison : _____ ☐ Manuelle ☐ Électrique
Complément : ☐ Lait maternel ☐ Préparation commerciale pour nourrissons (PCN)
Fréquence : ____/jour Quantité : _____ mL Méthode d'administration : ☐ Tasse ☐ Cuillère ☐ DAAM* ☐ Biberon
Enseignement : ☐ Conservation du lait maternel ☐ Préparation, conservation et entretien des biberons

*Dispositif d'aide à l'allaitement maternel

Nom :

Prénom :

Dossier :

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

Nom du bébé : _____		Numéro de dossier : _____		Sexe : ☐ F ☐ M	
Particularités : _____		Médication/ Vaccin : _____			
Poids de naissance : _____ g		Miction : Fréquence/24 hres : _____ ☐ Claire ☐ Foncée ☐ Présence de cristaux			
Poids au congé : _____ g		Selle : Fréquence/24 hres : _____ ☐ Jaune ☐ Verte ☐ Transition			
Perte de poids : _____ g _____ %		☐ Méconium			
Comportement avant le boire : ☐ S'éveille seul ☐ Stimulation nécessaire ☐ Endormi					
pendant le boire : ☐ Calme ☐ Agité ☐ Endormi ☐ Pleure					
après le boire : ☐ Calme ☐ Agité ☐ Endormi ☐ Pleure					
État général : ☐ Alerté ☐ Irritable ☐ Somnolent					
Coloration : ☐ Rosée ☐ Ictérique ☐ Conjonctive jaune ☐ Autre : _____					
Cordon ombilical : _____ Enseignement : ☐ Soins de cordon					
Enseignement : ☐ Signes/symptômes ictère physiologique ☐ Signes alerte nécessitant une consultation médicale immédiate					

ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE

Occupation des parents : _____	
Adaptation au rôle parental : _____	
☐ Fratrie : Âges : _____ Adaptation : _____	
☐ Antécédents de dépression/problèmes de santé mentale : _____	
Réseau de soutien : ☐ Famille ☐ Amis ☐ Réseau social faible	
Inquiétudes des parents : _____	
Enseignement : ☐ Baby blues et dépression postpartum	

ANALYSE ET SUIVI

☐ Visite dans 24h Motifs : ☐ Signes d'ictère ☐ Allaitement problématique ☐ Perte de poids de plus de 7%	
☐ Autre : _____	
☐ Bonne évolution générale visite dans les 72 heures Date : ____/____/____ Heure : ____:____ ☐ CLSC ☐ Domicile	
☐ Suivi téléphonique Motifs : _____	
☐ Aucun suivi : ☐ Enseignement complet effectué par téléphone ☐ Envoi postal ou courriel : _____	

ENSEIGNEMENT

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/drogue/alcool	☐ Syndrome du bébé secoué	☐ Contraception
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

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

SIGNATURES POUR APPELS TÉLÉPHONIQUES SANS RÉPONSES

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE