



MOCLI60054

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

LIAISON SOINS INFIRMIERS ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE EN CLSC	
Âge: _____ heures de vie Signes cliniques d'ictère ☐ Coloration jaune de la peau ☐ Membres ☐ Thorax ☐ Visage ☐ Coloration jaune des conjonctives ☐ Coloration jaune des muqueuses ☐ Léthargie ☐ Hypotonie	Indice de bilirubinémie : _____ µmol/L Niveau de risque : ☐ Faible N-né de 38 sem. et plus, sans facteur de risque ☐ Modéré : N-né de 38 sem. et plus, avec un facteur de risque ou plus N-né de 35 à 37 ^{6/7} sem., sans facteur de risque ☐ Élevé : N-né de 35 à 37 ^{6/7} sem., avec un facteur de risque ou plus
Poids : À la naissance : _____ g Au congé : _____ g À la visite : _____ g perte de poids: _____ %	
☐ Allaitement Fréquence des boires (nombre de tétées) / 24 h : _____ Succion : _____ Déglutition : _____ Disponibilité du lait maternel : _____ ☐ Engorgement	☐ Non-allaitement Fréquence des boires / 24 h : _____ Quantité de lait : _____
Élimination : Urines : Fréquence : _____ Couleur : _____	Selles : Fréquence : _____ Couleur/consistance : _____
État général (somnolence, pleurs, signes déshydratation, autres particularités) : _____ _____	
☐ Appel fait au centre accoucheur HAL : 450-699-2463 Suroît : 450-371-9920 # 2146	
Nom de l'infirmière contactée au centre accoucheur : _____ Date et heure de RDV donné au centre accoucheur : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm	
Signature de l'infirmière du CLSC : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj	
SUIVI DE L'INFIRMIÈRE DU CENTRE ACCOUCHEUR SUITE À LA RÉFÉRENCE DU CLSC	
Paramètres cliniques évalués : Âge : _____ heures de vie Poids : _____ g Perte : _____ % Bilirubine transcutanée : _____ µmol/L Bilirubine sérique : _____ µmol/L	
Suivi : ☐ Contrôle de bilirubine transcutanée en externe (CLSC) ☐ Hospitalisation/Photothérapie (CH) : _____ ☐ Contrôle de bilirubine sérique (CH) ☐ Congé/fin de suivi : _____ ☐ Autre : _____	
Signature de l'infirmière du centre accoucheur: _____ Date : _____ aaaa/mm/jj	
Télécopier le formulaire complété au CLSC concerné :	
CLSC Kateri	450 659-8857
CLSC Châteauguay	450-691-6083
CLSC Jardin-du-Québec	450-454-4538
CLSC Vaudreuil-Soulanges	450-424-8218
CLSC Valleyfield	450-371-6340
CLSC Huntingdon	450-264-4542