

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ADMISSION INTRAPARTUM SOINS ET SURVEILLANCE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

SURVEILLANCE SIGNES VITAUX

Membranes rompues en absence de travail à partir de 37^{0/7} semaines

TA, FC et FR q 4 h OU q _____ h Température q _____ h Surveillance fœtale : _____

→ Respecter le sommeil

Travail spontané

Surveillance fœtale selon la PRO-6012 Surveillance fœtal pendant le travail à l'aide de l'auscultation intermittente ou du monitoring fœtal électronique

Membranes intactes : température q 2 h

Membranes rompues : température q 1 h

Premier stade

Phase de latence : TA, FC, FR q 4 h OU q _____ h

Phase active : TA, FC, FR q 1 h OU q _____ h

Deuxième stade

Phase passive TA, FC, FR q 1 h OU q _____ h

Phase active TA, FR q 1 h OU q _____ h FC q 15 à 30 min en poussée active

ALIMENTATION

☐ Diète régulière OU ☐ Diète diabétique OU Autre : _____

Si péridurale en place, se référer à l'OIPI-635 Analgésie par voie péridurale en obstétrique pour diète

ÉLIMINATION

Ingesta / Excreta sans contrainte ☐ Aviser médecin si : _____

☐ Ingesta / Excreta q 8 h Autre : _____

MOBILISATION

Mobilisation selon tolérance si membranes intactes (ou si membranes rompues avec présentation fixée)

Autre : _____

LABORATOIRE

☐ Bilan pré-éclampsie x 1 ☐ puis q _____ h ☐ Ne pas faire de ratio Protéine/créatinine urinaire

Autre : _____

TRAITEMENT ET CONSULTATIONS

☐ Péridurale au besoin : _____ → Rejoindre l'anesthésiologiste

Consultation médicale (compléter la consultation médicale)

☐ Anesthésie ☐ Médecine interne ☐ Gynécologie, si applicable

Autre : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)