

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

TRIAGE OBSTÉTRICAL

Date : AAAA-MM-JJ	Heure : HH : MM	Médecin traitant :	Priorité (OTAS) 1 2 3 4 5
Raison de la visite :			Constat établi * :

Informations de grossesse			
G	T	P	A
V	DDM :	DPA :	Âge gestationnel :
Complication(s) de grossesse			
☐ Aucune	☐ Diabète	☐ Hypertension	☐ Menace travail pré-terme
☐ Gémellaire	☐ Saignement	☐ RCIU	☐ Présentation en siège
☐ Placenta prævia ou inséré bas	☐ Autre(s) : _____		
Motif(s) de consultation			
☐ Contractions	Début : HH : MM	Fréquence : _____ min. Durée : _____ sec.	☐ stable ☐ augmente
		Intensité : ☐ faible ☐ moyenne ☐ forte	
☐ Saignements	Début : HH : MM	Quantité : _____	Couleur : _____
☐ Perte de liquide	Début : HH : MM	Quantité : _____	Couleur : _____
☐ ↓ mvts fœtaux	Début : HH : MM	Mouvements (mvts) : ☐ 6 mvts / 2 heures	Précisez : _____
☐ Signes HTA	Début : HH : MM	☐ Céphalée ☐ Œdème	☐ Trouble de vision ☐ Dlr épigastrique
☐ Autres(s) motif(s)	Début : HH : MM	☐ Diarrhée ☐ Nausée	☐ Dysurie ☐ Vomissement
		☐ Douleur abdominale	☐ Autre(s) : _____
Description des symptômes PQRSTU : _____			
P provoqué Q qualité R région S symptômes T temps U compréhension			
Collecte de données			
Allergie(s) : _____ Réaction(s) : _____			
Médication : _____			
Tabac : ☐ Non ☐ Oui, quantité : _____ Alcool : ☐ Non ☐ Oui, quantité / type : _____			
Drogue : ☐ Non ☐ Oui, quantité / type : _____			
Particularités grossesses antérieures : ☐ Césarienne ☐ Autre(s) : _____			
Antécédents généraux : _____			
État du col lors du dernier touché vaginal : _____ Date : _____ AAAA-MM-JJ			
Bien-être fœtal			
Auscultation intermittente	Début : HH : MM	CF : _____ / min.	Début : HH : MM
	Rythme : ☐ Régulier ☐ Irrégulier		RB : _____ / bpm
	☐ Accélération ☐ Décélération		Variabilité : ☐ Absente ☐ (≤5 bpm) ☐ (6-25 bpm) ☐ (>25 bpm)
	Interprétation : ☐ Normale ☐ Anormale		Accélération : ☐ ad _____ bpm ☐ Décélération : _____
	Commentaires : _____		Interprétation : ☐ Normale ☐ Atypique ☐ Anormale
	Initiales : _____		Intervention(s) : _____
			Terminé à : HH : MM
			Initiales : _____

*Référer à OC: Initier prise en charge de la femme enceinte au triage

Évaluation clinique									
Activité utérine	Heure	(HH : MM)	(HH : MM)	(HH : MM)	Signes vitaux	Heure	(HH : MM)	(HH : MM)	(HH : MM)
	Fréquence (min)					TA			
	Durée (sec)					FC			
	Intensité					T°			
	Tonus au repos					RR			
	Douleur 0 à 10					Sat.			
Examen vaginal	Dilatation				Initiales				
	Effacement				Bilans effectués	Tests	Fait ☒	Heure	Initiales
	Station					Nitrazine + / -		(HH : MM)	
	Membrane					Strep B		(HH : MM)	
	Présentation					A / C urine		(HH : MM)	
Initiales						Autre		(HH : MM)	

Interventions	
☐ Selon constat * : _____	☐ Médecin avisé : _____ Heure : (HH : MM)
☐ Directives médicales : _____	
☐ Garder en observation pour : (HH : MM)	☐ Admission → Heure: (HH : MM) ☐ Congé → Heure : (HH : MM)
Au congé, enseignement fait sur :	
☐ Selon constat * : _____	☐ Signes travail actif ☐ Décompte mvts fœtaux
☐ Suivi avec md traitant : _____	
☐ Autre(s) : _____	Initiales : _____

Notes complémentaires	
Infirmière :	
Signature :	
Médecin :	
Signature :	

Collecte de données lors de l'admission (compléter page 1 du formulaire)			
Induction prévue : ☐ Oui ☐ Non		Césarienne prévue : ☐ Oui ☐ Non	
Bébé nom de famille :		Nom, prénom 2 ^{ème} parent :	
☐ Méthodes alternatives pour soulagement de la douleur expliquées (bain, massage, ballon, etc.)			
Résultats des analyses : Groupe sanguin : _____ Strep B ☐ nég ☐ pos Rubéole ☐ nég ☐ pos HBs Ag ☐ nég ☐ pos HIV ☐ nég ☐ pos	Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____ Antécédents herpès génital ☐ Oui ☐ Non	Alimentation du bébé : ☐ Allaitement ☐ Préparation lactée ☐ Chirurgie mammaire ↑ ↓ Expérience d'allaitement : _____	Questionnaire de grossesse : Grossesse planifiée ☐ Oui ☐ Non Rencontres prénatales ☐ Oui ☐ Non Plan de naissance ☐ Oui ☐ Non Accompagnante ☐ Oui ☐ Non Épidurale ☐ Oui ☐ Non
Particularité(s) (incluant à l'échographie) :			
☐ Dépistage bactéries multi résistantes : voir feuille spécifique			

*Référer à OC: Initier prise en charge de la femme enceinte au triage

Initiales	Signature + Profession	Initiales	Signature + Profession