

**Contactez la sage-femme de liaison au : 03.82.47.52.91  
A faxer au 03.82.47.53.41**

Etiquette patiente

Adresse : .....  
.....  
Bâtiment :..... Etage :..... Sonnette : .....  
Téléphone fixe : .....  
Téléphone portable : .....  
N° Sécurité Sociale : .....  
Caisse : ..... Mutuelle : .....  
Médecin traitant : .....

Gestité : ..... Parité : .....

GS – Rh : ..... Rubéole ..... Toxoplasmose : .....

Allergies : ..... BMI : .....

ATCD obstétricaux : .....

Accouchement le : ..... Terme : .....

Motif d'HAD :

Soins post césarienne :

- Difficultés ou complications de cicatrisation notamment en cas d'obésité, diabète, hématome de paroi, patiente multi opérée, antécédent de désunion
- Abscesses ou collection pariétale traités lors de l'hospitalisation et nécessitant une surveillance et soins locaux
- Allaitement maternel associé

Soins de plaie périnéale

Vulnérabilité maternelle

- Dépression post partum
- Antécédents psychologiques maternelles

Pathologies maternelles :

- Pathologie thrombo embolique récente
- DID mal équilibré
- HTA persistante après l'accouchement ( HTA chronique / gravidique / pré-éclampsie)

**Pour une entrée le :** .....

### A remplir en l'absence d'un courrier de sortie d'hospitalisation

Etiquette patiente

- Accouchement voie basse
- Extraction instruction instrumentale (pour : ... )
  
- Périnée intact     Episiotomie     Hématome
- Déchirure :     Simple                       Compliquée     Complète
  
- Délivrance :     Naturelle                       Artificielle
- Hémorragie                       Révision utérine

**Ou :**

Césarienne pour : .....

Cicatrice :  Simple                       Compliquée : .....

Fils résorbables                       Non résorbables                       Agrafes (à retirer le .....

Traitement anti coagulant : .....

Matin/Soir ..... jusqu'au : .....

Faxer le traitement de sortie + ordonnance de soins infirmiers

**NOUVEAU-NE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Poids de naissance : .....g

Poids de sortie : .....g

Surveillance particulière : .....

Hospitalisé :     MNN                       UK                       Réa                       SI

Allaitement :     Maternel                       Artificiel

Test dépistage :     Faits                       Non faits

**Surveillance particulière à mettre en place en HAD :**

.....  
.....  
.....

⇒ Faxer traitement de sortie +/- soins infirmiers

DATE : ..... Nom du médecin prescripteur : .....

Signature :