

FICHE ACCOUCHEMENT EXTRA-HOSPITALIER

A transmettre en salle d'accouchement

C.I.S : N° d'intervention :
CDA :

Date :
Lieu d'intervention :

IDENTITE DE LA MERE

Nom : Prénom :
Date de naissance :

NOUVEAU-NE

Date et heure de naissance Le .. / .. / 20.. à ... h...

Sexe F M

Présence d'un cordon autour du cou ? OUI NON

Aspect du liquide amniotique : clair ? teinté ?

Présentation de l'enfant : tête ou siège ?

L'enfant a-t-il crié immédiatement ? OUI NON

Respiration: normale, irrégulière, tirage, geignements...

Fréquence ventilatoire / min

Couleur : rose, pâle, cyanosé

Tonus : réactif, hypotonique

Gestes réalisés

Aspiration des VAS OUI NON

Ventilation OUI NON
si oui durée :

Massage cardiaque OUI NON
si oui durée :

DELIVRANCE

Délivrance OUI NON
Si oui, précisez l'heure : ... h ...

Hémorragie de la délivrance (pertes sanguines > 500ml) OUI NON
Si oui, précisez le volume :

Surveillance maternelle	Heure	TA	FC	SAT	FV

SMUR de :

Observations :