



## Fiche de liaison avec la salle d'accouchement

N° d'intervention :	Date: ...../...../.....	CIS:			
Lieu de l'accouchement:					
<b>MERE</b>					
Nom:	Nom de jeune fille:				
Prénom:	Née le: ...../...../.....				
<b>NOUVEAU-NE</b>					
Date et heure de naissance	Le ..... / .... / ..... à .... h....				
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin			
Présence d'un cordon autour du cou ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Aspect du liquide amniotique : clair ? teinté ?	<input type="checkbox"/> Teinté	<input type="checkbox"/> Clair			
L'enfant a-t-il crié immédiatement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Respiration: normale, irrégulière, tirage, geignements...					
Fréquence ventilatoire	..... / min				
Couleur : rose, pâle, cyanosé					
Tonus : réactif, hypotonique					
<b>GESTES REALISES</b>					
Aspiration des voies aériennes supérieures	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Ventilation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON si oui durée : .....			
Massage cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON si oui durée : .....			
<b>SURVEILLANCE MATERNELLE</b>					
Délivrance	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON si oui à : .....h.....			
Hémorragie de la délivrance (pertes sanguines > 500ml)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON si oui : .....ml			
Surveillance maternelle					
Heure	FC	TA	SpO2	FV	Remarques/observations
SMUR de :					

Vient en complément de la fiche bilan VSAV