



BILAN DE LA PARTURIENTE (femme enceinte)

N° d'intervention :	Date:/...../.....	CIS:
Parturiente:		
Nom:	Nom de jeune fille:	
Prénom:	Née le:/...../.....	Age:ans
Parité (nombre d'accouchement)?		
Date prévue de l'accouchement ?		
Terme de la grossesse ? mois ou semaines	
CONTRACTIONS		
Heure de début du travail?		
Intervalle entre 2 contractions ?	Toutes les minutes	
Durée des contractions minutes	
Régulière?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Intensité?	EVA: / 10	
POCHE DES EAUX		
Rupture de la poche des eaux?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Heure de la perte des eauxH.....	
Aspect du liquide amniotique: clair? Teinté (vert ou marron)?	<input type="checkbox"/> clair <input type="checkbox"/> teinté	
GENERALITES		
Envie de pousser, d'aller à la selle?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Enfant visible à la vulve?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Présentation de l'enfant?	<input type="checkbox"/> TETE <input type="checkbox"/> SIEGE/PIEDS	
Déroulement des autres accouchements? (rapide, césarienne, hémorragie)		
Particularité de la grossesse (diabète, HTA, grossesse multiple...?)		
Lieu prévu de l'accouchement:		
Bilan fonctionnel	FC :/min	TA :/..... T°:.....°c
Remarques/observations		

Vient en complément de la fiche bilan VSAV