





**Travail :**

**Lieu effectif du travail :** 0 à la maternité (où vous pouvez exercer) 1 domicile 2 structure de transfert 8 Maison de naissance ou autre structure

**Age gestationnel à l'accouchement :** \_\_\_\_\_ SA

**Mode de début de travail :** 1 travail spontané 2 déclenchement artificiel 3 césarienne, avant travail

**Motif si déclenchement (2 réponses possible) :** 1 acc. programmé 2 grossesse prolongée 3 patho. maternelle  
 4 pathologie fœtale 5 RPM 6 mort in utero ≥ 22 SA 7 IMG ≥ 22 SA 8 autre .....

**Transfert en cours de travail :** 0 non 1 oui, motif : .....

**Pathologie en cours de travail :** 0 non 1 oui précisez : .....

**Conduite du travail (a) :** ou code : |.|.|.|.| |.| | ou code : |.|.|.|.| |.|  
 1 Naturel ou 2 Accompagné

*Si intervention thérapeutique, précisez :* 1 acupuncture 2 bains 3 fleurs de Bach 4 homéopathie  
 5 huiles essentielles 6 massages 7 phytothérapie 8 postures 9 relaxation dirigée 10 autres précisez .....

**Conduite du travail (b) :** 3 avec correction thérapeutique ou 4 dirigé  
 11 antispasmodiques 12 ocytociques 13 opiscés 14 autres

**Surveillance du RCF :** 0 non 1 discontinuée sans enregistrement 2 discontinuée avec enregistrement  
 3 continue dès le travail 4 continue à l'expulsion 5 à chaque CU à l'expulsion

**Accouchement :** **Lieu :** 0 à la maternité (où vous pouvez exercer) 1 domicile 2 structure de transfert 8 Maison de naissance ou autre structure

**Effectué par :** 1 vous SF 2 autre SF (structure) 3 obstétricien 4 chirurgien (césarienne)

**Date de l'accouchement :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Présentation :** 1 sommet 2 face 3 bregma 4 front  
 5 siège complet 6 siège décompleté 7 transverse

**Mode d'accouchement :** 1 VB spontanée 2 intervention VB (instrum. ou manoeuvre) 3 césar pdt travail 4 césar programmée faite pdt travail  
 5 césarienne avt travail programmée 6 césarienne avant travail en urgence spontanée Code motif césarienne : |.|.|.|.|

**Intervention voie basse :** 1 forceps 2 spatules 3 ventouse 4 grande extraction de siège 5 petit extract siège  
 6 autre manoeuvre 7 version extraction 8 autre manoeuvre ..... code motif intervention VB : |.|.|.|.|

**Position choisie par la femme pendant le travail :** 0 non 1 oui

**Position d'expulsion choisie par la femme :** 0 non ou : 1 oui, allongée  
 2 oui, debout 3 oui, assise 4 oui, accroupie 5 oui, gynécologique  
 6 oui, allongée sur le côté 7 oui, à « 4 pattes » 8 oui, autre, précisez : .....

**Anesthésie avant la naissance :** 0 non si oui, précisez : 1 générale d'emblée 2 rachianesthésie 3 péridurale 4 rachi et péri combinées  
 5 générale après rachi 6 générale après péri 7 bloc du nerf honteux 8 locale 9 autre anesthésie

**Durée d'ouverture de l'œuf :** ..... jours et ..... Heures

**Durée du travail de 5cm aux débuts des efforts expulsifs :** ..... Heures ..... minutes

**mort fœtale :** 0 non 1 oui, avant travail 2 oui, pendant travail 3 oui, sans précision chronologique 4 en cours IMG

**Délivrance :** **Position de la femme lors de la délivrance :** 1 horizontale 2 verticale  
 Délivrance : 1 naturelle 2 dirigée 3 artificielle 4 révision utérine 5 en cours de césarienne

**Hémorragie (>1L) :** 0 non 1 oui 3 oui avec perfusion 4 oui avec transfert

**Périnée :** 0 intact 1 déchirure 2 épisiotomie 3 Périnée complet

**Suture :** 0 non pas de suture 1 oui, par vous sage-femme 2 oui, par un autre professionnel

## Suites de couches

**Pathologie :** 0 non 1 oui

**Infection :** 0 non 1a préexistante 1b nosocomiale 1c origine inconnue code infection : |.|.|.|.|

**Suivi à domicile :** 0 non 1 oui

**Durée totale du suivi SF** (en jours, maternité + domicile) : ..... -- --

**Nombres de visites** au cours de la durée du suivi (maternité + domicile) : ..... -- --

**Durée du séjour en maternité ou en maison de naissance :** ..... -- --

**Sortie (ou lieu de séjour à l'issue du suivi) :** 1 domicile bonne santé 2 mutation 3 transfert 5 sage femme à domicile  
6 décès 7 contre avis médical 8 autre .....

**Mise au sein précoce :** 0 non 1 oui 2 non connu

**Allaitement maternel à J0 :** 0 non 1 oui 2 non connu

**Allaitement à J8 :** 0 non 1 oui 2 non connu

**Allaitement à J30 :** 0 non 1 oui 2 non connu

**Allaitement > 30 J :** 0 non 1 oui 2 non connu

**Difficultés lors de l'allaitement :** 0 non *si oui, précisez :* 1 oui, crevasses 2 oui, engorgement 3 oui, lymphangite  
4 oui, abcès 5 oui, allaitement mixte 6 oui, autres pathologies .....

**Décès maternel :** 1 oui 0 non

## Nouveau-né

### État à la naissance :

**Nombre d'enfants nés :** \_\_\_\_ **ordre de naissance** (en cas de naissance multiple) : \_\_\_\_

**Sexe :** 1 masculin 2 féminin 3 indéterminé

**Coefficient d'APGAR** (à 1 min) : ..... (à 5 min) : .....

**Réanimation :** 1 oui 0 non

**Poids** (en grammes) : ..... g

**Taille** (en centimètre) : ..... cm

**Périmètre crânien** (en centimètre) : ..... cm

**Sortie de la salle de la naissance :** 0 domicile 1 en maternité 2 mutation immédiate 6 décès

**Transfert** **Lieu :** 0 non 1 réanimation 2 médecine néonatale

3 chirurgie 4 unité néonatale en maternité 8 autre

**Motif :** 1 prématuré 2 hypotrophique 3 détresse respiratoire  
4 risque infectieux 5 état malformatif 8 autre .....

### Résumé SdC pour l'enfant :

**Pathologies :** 0 non 1 oui

**Lésions traumatiques :** 0 non 1 oui

**Anomalies malformations mineures :** 0 non 1 oui

**Anomalies constitutionnelles majeures :** 0 non 1 malformation isolée

2 syndrome malformatif 3 anomalie chromosomique 4 maladie héréditaire

**Infection ou colonisation :** 0 non 1 oui

**Ictère :** 0 non 1 oui **photothérapie :** 0 non 1 oui

**Durée totale d'hospitalisation en jours** (mater +/- autre service) : ..... -- --

**Décès** (synthèse) : 0 non 1 oui, avant travail 2 oui, pdt travail 3 oui, sans précision chrono 4 oui, de la salle de la naissance 5 oui, en cours IMG 6 oui, néonatal

**Enfant décédé :** à la \_\_\_\_ ième heure ou au \_\_\_\_ ième jour