

## 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 :