

**ETIQUETTE****Fiche de surveillance**Réseau Mater Sud-Est  
2009/2010N° Ordre du patient /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/  
(donnés par Epi info)  
Code maternité /\_/\_/\_/\_/\_/\_

Année de naissance 1 9\_\_ \_\_

Parité \_\_ \_\_

Date accouchement \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Heure d'accouchement \_\_\_ heures, \_\_\_ minutes

Age gestationnel \_\_\_ SA

Date sortie \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Infection urinaire pendant la grossesse  oui (1)  non (2)Infection urinaire à l'entrée  oui (1)  non (2)Hyperthermie pendant le travail  oui (1)  non (2)Rupture prématurée des membranes  $\geq$  12 h avant l'hospitalisation  oui (1)  non (2)

Date d'ouverture de l'œuf \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Heure d'ouverture de l'œuf \_\_\_ heures, \_\_\_ minutes

Antibioprophylaxie  oui (1)  non (2)Perte de sang > 800 ml  oui (1)  non (2)Anesthésie  Aucune (0)  Locorégionale (1)  Générale (2)Césarienne *si oui, ne pas remplir AVB*  oui (1)  non (2)

/1//9//\_/\_/\_/

/\_/\_/\_/

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

/\_/\_/\_/h /\_/\_/\_/min

/\_/\_/\_/ SA

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

/\_/

/\_/

/\_/

/\_/

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

/\_/\_/\_/h /\_/\_/\_/min

/\_/

/\_/

/\_/

/\_/

**Accouchement voie basse :**Délivrance artificielle/révision utérine  oui (1)  non (2)Manœuvres extractives instrumentales (forceps, ventouse)  oui (1)  non (2)Nbre T.V. > 5 après ouverture de l'œuf  oui (1)  non (2)Déclenchement  oui (1)  non (2)

Nombre de sondages évacuateurs \_\_\_\_\_ sondages

Episiotomie ou déchirure périnéale  oui (1)  non (2)

/\_/

/\_/

/\_/

/\_/

/\_/\_/\_/

/\_/

**Césarienne :**Prophylactique  oui (1)  non (2)1ère césarienne  oui (1)  non (2)

/\_/

/\_/

**Infection ciblée, si non passer à Bébés)**  oui (1)  non (2)

/\_/

Endométrite  oui (1)  non (2) Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Infection urinaire  oui (1)  non (2) Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Infection du site opératoire / pelvienne  oui (1)  non (2) Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Type :  superficielle (1)  profonde ou d'organe (2)

/\_/

Infection du sein  oui (1)  non (2)

/\_/

Bactériémie  oui (1)  non (2)

/\_/

Infection locale après pose d'un cathéter  oui (1)  non (2)

/\_/

**Pour les autres infections nosocomiales et les syndromes infectieux non étiquetés, notez en clair au dos de la fiche et contactez votre équipe opérationnelle d'hygiène****Bébé(s)**

Nombre de bébés nés vivants : \_\_\_\_\_

/\_/\_/\_/

Nombre de bébés mutés : \_\_\_\_\_

/\_/\_/\_/

**Infection ciblée du bébé, si non passer à Allaitement**  oui (1)  non (2)

/\_/

Bébé 1  
Infection cutanée  oui (1)  non (2)Bébé 2  
Infection cutanée  oui (1)  non (2)Bébé 1 | Bébé 2  
/\_/ | \_/Infection oculaire  oui (1)  non (2)Infection oculaire  oui (1)  non (2)

/\_/ | \_/

Infection de cordon  oui (1)  non (2)Infection de cordon  oui (1)  non (2)

/\_/ | \_/

Infection grave\*  oui (1)  non (2)Infection grave\*  oui (1)  non (2)

/\_/ | \_/

\*septicémie, méningite, infection ostéoarticulaire

**Pour les autres infections nosocomiales, notez en clair au dos de la fiche et contactez votre équipe opérationnelle d'hygiène****Allaitement à la sortie**  pas d'allaitement (0)  mixte (1)  complet (2)

Date de dernier contact \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/