

ETIQUETTE**Fiche de surveillance**Réseau Mater Sud-Est
2007/2008N° 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)

/_/

Syndrome infectieux non étiqueté oui (1) non (2)

/_/

Pour les autres infections nosocomiales, notez en clair au dos de la fiche et contactez votre équipe opérationnelle d'hygiène**Bébés)**

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)