

## ANNEXE 8 : exemple de fiche de liaison

A adapter, co-construire par les acteurs du parcours patient concerné.

### Fiche de liaison : maternité → suivi en post-partum immédiat.

Ce document a été élaboré par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Son champ d'application cible toutes les femmes (cf. « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », juin 2013). Quel que soit le mode d'accompagnement choisi par la femme, l'établissement lui remet cette fiche de liaison reprenant les informations médicales concernant son état de santé et celui de son enfant. La femme le remet au professionnel en charge du suivi en post-partum afin d'assurer la continuité des soins (des copies sont également remises aux autres acteurs du suivi).

Nom, prénom et signature de la personne ayant renseigné la fiche :

Téléphone :

Accord de la patiente (signature):

Précisions utiles (AMP, DPN, accompagnement psychologique ou social...):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Fiche de liaison Maternité ↔ suivi en post partum immédiat

#### A l'attention du professionnel de santé effectuant le suivi

Coordonnées : .....

Demande initiée :     Par la femme     Par l'établissement de santé  
 Dans le cadre du PRADO     Autre

#### Maternité :

Personne à contacter en cas de nécessité:

- Pour la mère :
- Pour le nouveau-né :

Nom, prénom de la patiente :

*étiquette*

Date de naissance :    /    /

Adresse :

Code porte :

Etage :

Tél(s) :

vit seule

vit en couple

Couverture sociale :

SS+Mutuelle     Sécurité Sociale     CMU     AME     Absence de couverture

Suivi anténatal :

Sage-femme

Généraliste

Gynécologue

Nom, prénom : .....

Tél : .....

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : \_\_\_\_\_ »

**ANTECEDENTS**  
 Gestité :            Parité :            Groupe, Rhésus :            RAI :

Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :  
 Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

**GROSSESSE**  
 Grossesse normale     Pathologie maternelle (préciser) :  
     Pathologie fœtale (préciser) :

**ACCOUCHEMENT**  
 le :    /    /                    à :    h                    Terme :

Voie basse spontanée             Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :  
 Complications (préciser le cas échéant) :  de la délivrance     d'anesthésie     autre

**Points à surveiller :**  
 Déchirure simple / compliquée     Episiotomie  
 Périnée complet                     Cicatrice de césarienne avec complication  
 Evolution des fils résorbables     Fils / agrafes à retirer à J   
 Hématome                                     Hémorroïdes invalidantes

**PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE**  
 Physiologique     Pathologique (préciser) :  
 Date et dernier taux d'hémoglobine connu :  
 Traitement en cours :  antibiotiques     anticoagulant     autres (préciser) :

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : \_\_\_\_\_ »

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

**NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)**

Nom, prénom :                      M     F  
 Poids de naissance :                    Poids le plus bas :                    date :....

Jumeaux, prénom de J2 :                     M     F  
 Poids de naissance :                    Poids le plus bas :                    date :....

Alimentation :  Sein                                     Mixte                                     Préparation  
 pour nourrisson

Guthrie :  fait     à faire (joindre buvard avec n°acct +  
 enveloppe)

Dépistage de la surdité :  fait     à proposer

**Points à surveiller :**  
 Alimentation     Ictère     Infection  
 Prise de poids     Autre (préciser)

**SORTIE** le    /    /                    à J

**Accompagnement(s) proposé(s) :**  
 Sage-femme libérale     Médecin généraliste  
 Puéricultrice (PMI)     Pédiatre  
 TISF     Soutien à l'allaitement (préciser) :  
 Psychologue     Autre (préciser) :