

Formulaire de référence – Vers l'hôpital

Provenance de la demande		
Date (AAAA/mm/jj) :	Organisme référent :	
Intervenant :	Téléphone :	
Courriel :	Dernière consultation le :	
Identification de la personne référée		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance (AAAA/mm/jj) :		
Langue d'usage : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :		
Nouvel arrivant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Si oui, année d'arrivée :
Antécédents médicaux de la mère :		
<input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique, du sein	<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Dépression postpartum
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Fécondation assistée	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle gravidique
<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Problèmes hormonaux	Autres :
Accouchement		
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Césarienne	<input type="checkbox"/> Vaginal assisté
<input type="checkbox"/> Induction	<input type="checkbox"/> Épidurale	
Date :	heure :	
Informations sur le nouveau-né		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :	Âge gestationnel :
Poids de naissance :	Poids le plus récent :	Date :
Antécédents médicaux :		
Peau à peau à la naissance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Tétée dans les 1ères heures : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Informations sur la lactation		
Allaitement : <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Préparation commerciale		
Transfert de lait efficace? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nombre de tétées sur 24h :
Expression du lait : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fréquence par 24h :	Quantité par 24h :
Utilisation de tétérèlle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Bébé reçoit des suppléments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type :	Quantité par 24h :
		Méthode : <input type="checkbox"/> Cuillère <input type="checkbox"/> Gobelet <input type="checkbox"/> Biberon
Plan convenu avec la famille :		
Informations sur les soins postnataux		
Consultations faites avec :		
<input type="checkbox"/> Nutritionniste :		
<input type="checkbox"/> IBCLC :		
<input type="checkbox"/> Autres :		
Informations sur les médicaments, suppléments et produits naturels		

Formulaire de référence – Vers l'hôpital

Pour la mère :	Pour le bébé :
----------------	----------------

Raison/s de la référence

- Ictère :
- Perte de poids / Déshydratation :
- Freins restrictifs :
- Autres :

Autres remarques / informations :

Consentement / Coordonnées des parents

Consentement verbal obtenu :

Courriel :

Tel :