|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Anglais  Autres : | | | | | | | | | |
| Nouvel arrivant ? Oui  Non | | | | | Si oui, année d’arrivée : | | | | |
| Antécédents médicaux de la mère :  Chirurgie thoracique, du sein Anémie Dépression postpartum  Diabète Fécondation assistée Hypertension artérielle gravidique  Hypothyroïdie Problèmes hormonaux Autres : | | | | | | | | | |
| **Accouchement** | | | | | | | | | |
| Vaginal  Césarienne  Vaginal assisté  Induction  Épidurale | | | | | | | | | |
| Date :                 heure : | | | | | | | | | |
| **Informations sur le nouveau-né** | | | | | | | | | |
| Sexe :  M  F | | | | Date de naissance : | | | | | Âge gestationnel : |
| Poids de naissance : | | | | Poids le plus récent :       Date : | | | | | |
| Antécédents médicaux : | | | | | | | | | |
| Peau à peau à la naissance :  Oui  Non | | | | | | | | | |
| Tétée dans les 1ères heures :  Oui  Non | | | | | | | | | |
| **Informations sur la lactation** | | | | | | | | | |
| Allaitement :  Sein  Mixte  Préparation commerciale | | | | | | | | | |
| Transfert de lait efficace?  Oui  Non | | | | | | Nombre de tétées sur 24h : | | | |
| Expression du lait :  Oui  Non | | | | Fréquence par 24h : | Quantité par 24h : | | | | |
| Utilisation de téterelle?  Oui  Non | | | | | | | | | |
| Bébé reçoit des suppléments?  Oui  Non | | Type : | Quantité par 24h : | | | | Méthode :  Cuillère  Gobelet  Biberon | | |
| Plan convenu avec la famille : | | | | | | | | | |
| **Informations sur les soins postnataux** | | | | | | | | | |
| Consultations faites avec :  Nutritionniste :                            IBCLC :                                 Autres : | | | | | | | | | |
| **Informations sur les médicaments, suppléments et produits naturels** | | | | | | | | | |
| 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 : | |