|  |
| --- |
| **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 :  |