

Formulaire de référence – Vers CLSC

Provenance de la demande			
Date (AAAA/mm/jj) :		Organisme référent :	
Intervenant :		Téléphone :	
Courriel :		Congé 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		
Accouchement			
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Césarienne	<input type="checkbox"/> Vaginal assisté	<input type="checkbox"/> Induction <input type="checkbox"/> Épidurale
Date :		heure :	
Points à surveiller :			
<input type="checkbox"/> Périnée, degré de déchirure : 1, 2, 3, 4			
<input type="checkbox"/> Complications postnatales			
<input type="checkbox"/> Hb :			
<input type="checkbox"/> Hémorragie (HPP)	Volume de perte :	Volume de sang transfusée :	
<input type="checkbox"/> Pré éclampsie			
Informations sur le nouveau-né			
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance :	Âge gestationnel :
Poids de naissance :	Poids de congé :	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 au congé:			

Formulaire de référence – Vers CLSC

Informations sur les soins postnataux

Consultations faites avec :

- Nutritionniste :
- IBCLC :
- Autres :

Informations sur les médicaments, suppléments et produits naturels

Pour la mère :

Raison/s de la référence

- Antécédents de faible production de lait :
- Faible production de lait :
- Mamelons ou seins douloureux ou autres problèmes au niveau des seins :
- Difficulté de la prise du sein : Bébé ne prend pas le sein efficacement Difficulté avec la position de la mère
- Soutien psychologique/psychosocial : Antécédents de dépression postpartum Troubles périnataux de l'humeur, de l'anxiété et de la dépression
- Perte de poids du bébé :

Autres remarques / informations :

Consentement / Coordonnées des parents

Consentement verbal obtenu :

Courriel :

Tel :