

C.I.S : N° intervention :

Date :
Lieu d'intervention :

Nom : Prénom :
Age : ans

Parité (nombre d'accouchements) ?

Date prévue de l'accouchement ?

Terme de la grossesse (mois ou semaines) ?

Contractions

Heure de début du travail ?

Fréquence ?

Toutes les .. min

Régularité ?

OUI NON

Intensité ?

EVS : / 10

Poche des eaux

Rupture de la poche des eaux ?

OUI NON

Heure de la rupture ?

.. h ..

Aspect du liquide amniotique : clair ? teinté (vert ou marron) ?

clair teinté

Hémorragie ?

OUI NON

Envie de pousser, d'aller à la selle ?

OUI NON

Tête de l'enfant à la vulve ?

OUI NON

Présentation de l'enfant : tête ou siège ?

Particularités de la grossesse : HTA ? diabète ?...

Déroulement des autres accouchements ?
rapidité, césarienne, hémorragie...

Lieu prévu de l'accouchement ?

Bilan fonctionnel	TA	
	FC	/ min
	Saturation	%

Observations particulières