Patientendaten

Praxiskopf oder Stempel

Datum _____

Questionnaire post-partum T1 et T2:

Veuillez répondre à quelques questions du mieux que vous pouvez.

T1 & T2 Fragebogen nach der Entbindung: Bitte beantworten Sie uns ein paar Fragen, so gut Sie können.

Avez-vous votre carnet d'accouchement, votre carnet de maternité et/ou votre livret de puériculture jaune avec vous? ☐ Non ☐ Oui

Haben Sie den Entbindungsbericht, den Mutterpass und/oder das gelbe Kinderheft dabei? Nein Ja

Quand avez-vous accouché? _____

Wann haben Sie geboren?

Dans quel hôpital avez-vous accouché? _____

In welcher Klinik haben Sie geboren?

Le travail a-t-il été déclenché? ☐ Non ☐ Oui

Wurde die Geburt eingeleitet? Nein Ja

Un accouchement par voie basse était-il possible? ☐ Non ☐ Oui

War eine normale vaginale Geburt möglich? Nein Ja

Un accouchement par forceps ou une ventouse obstétricale a-t-il été nécessaire? ☐ Non ☐ Oui

War eine Zangenentbindung oder Saugglocke nötig? Nein Ja

Une césarienne a-t-elle été nécessaire? ☐ Non ☐ Oui, pourquoi:

War ein Kaiserschnitt nötig? Nein Ja, weshalb:

☐ Diabète
Diabetes

☐ Poids fœtal estimé supérieur à 4 000 g
Geschätztes Gewicht des Kindes über 4000g

☐ Arrêt du travail
Geburtsstillstand

☐ Déclenchement frustrant
Frustrane Einleitung

☐ Césarienne demandée
Wunsch Kaiserschnitt

☐ Complications chez la mère
Komplikationen bei der Mutter

☐ Césarienne répétée
Erneuter Kaiserschnitt

☐ Complications chez le fœtus
Komplikationen beim Kind

☐ Position pelvienne défavorable
Ungünstige Lage des Kindes im Becken

☐ Naissances multiples
Mehrlinge

☐ Rythme cardiaque fœtal anormal
☐eränderte Herztöne beim Kind

☐ Je ne connais aucune raison ☐ Autre _____
Mir ist kein Grund bekannt Sonstige

Avez-vous rencontré des complications pendant l'accouchement? ☐ Non ☐ Oui, lesquels:

Gab es Komplikationen bei Ihnen bei der Geburt? Nein Ja, welche:

☐ Anémie < 10 g/dL
Blutarmut (Anämie) <10g/dl

☐ Thrombose veineuse profonde
Beinvenenthrombose

☐ Saignement > 1 000 ml
Blutung >1000ml

☐ Déchirure périnéale de grade 3-4
Dammriss Grad 3-4

☐ Fièvre
Fieber

☐ Syndrome HELLP
HELLP-Syndrom

☐ Rupture uterine
Gebärmutterriss (Uterusruptur)

☐ Hystérectomie
Gebärmutteroperation (Hysterektomie)

☐ Complications cardiovasculaires
Herz-Kreislauf-Komplikationen

☐ Embolie pulmonaire
Lungenembolie

☐ Pneumonie
Lungenentzündung (Pneumonie)

☐ Prééclampsie
Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)

☐ Éclampsie sévère
Schwere Schwangerschaftsvergiftung (Eklampsie)

☐ Sepsis
Blutvergiftung (Sepsis)

☐ Trouble de la cicatrisation/infection
Wundheilungsstörung/-infektion

☐ Autre _____
Sonstige

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de santé?
Hat oder hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme?

☐ Aucun
Keine

☐ Dystocie de l'épaule
Schulterdystokie

☐ Hypoglycémie. Si oui, votre enfant a-t-il eu besoin d'une perfusion de glucose/sucre? ☐ Non ☐ Oui
Unterzuckerung, wenn ja: benötigte Ihr Kind eine Infusion mit Glukose/Zucker? Nein Ja

☐ Problèmes respiratoires
Atemprobleme

☐ Autre: _____
Sonstige:

Votre enfant présente-t-il des malformations congénitales? ☐ Non ☐ Oui, lesquelles:
Hat Ihr Kind Fehlbildungen? Nein Ja, welche:

_____

Votre enfant a-t-il été transféré en néonatalogie? ☐ Non ☐ Oui, pourquoi:
Wurde Ihr Kind auf die Neugeborenen Station verlegt? Nein Ja, warum:

_____

Est-ce une ☐ fille ☐ garçon ☐ Indéterminé
Ist es ein Mädchen Junge unbestimmt

Quelle était la taille de votre enfant à la naissance? _____ cm
Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt? cm

Quel était le poids de votre enfant à la naissance? _____ g
Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? g

Quel était le score d'Apgar de votre enfant après la naissance?
Welchen Apgar Score hatte Ihr Kind nach der Geburt?

- Score d'Apgar à 1 minute _____
- Score d'Apgar à 5 minutes _____
- Score d'Apgar à 10 minutes _____

Apgar nach 1 Minute
Apgar nach 5 Minuten
Apgar nach 10 Minuten

Quel pH a été mesuré dans le sang du cordon ombilical? _____ ☐ Ne sait pas
Welcher pH-Wert wurde im Nabelschnurblut gemessen? weiß nicht

Allaitez-vous?

Stillen Sie?

☐ Oui, j'allaite entièrement.

Ja, ich stille voll

☐ Non, j'ai déjà arrêté d'allaiter.

Nein, ich habe schon abgestillt

☐ Oui, j'allaite et je complète mon alimentation.

Ja, ich stille und füttere zu

☐ Non, je n'ai pas allaité.

Nein, ich habe nicht gestillt

Prenez-vous des médicaments? ☐ Non ☐ Oui, lesquels: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja, welche:

Ressentez-vous encore des douleurs liées à l'accouchement? ☐ Non. ☐ Oui, lesquelles:

Leiden Sie noch unter Beschwerden durch die Geburt? Nein Ja, welche:

_____

Avez-vous des demandes ou des commentaires concernant la réunion?

Haben Sie Wünsche und Anmerkungen für die Besprechung?

_____