



SECRETARIAT GENERAL

PROVINCE : .....

ZONE DE SANTE : .....

AIRE DE SANTE : .....

FORMATION MEDICALE : .....

N° Dossier .....

## PARTOGRAMME

### I. ADMISSION

#### A. IDENTITE

Nom : ..... Post nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Occupation/Profession : ..... Etat matrimonial : .....

Provenance : AS  HAS  HZ

Nom du partenaire : ..... Occupation/Profession : .....

Adresse : .....

Personne à prévenir : ..... Adresse : ..... N° Tél .....

**B. ANAMNESE** : .....

**MOTIF DE CONSULTATION** : .....

Groupe Sanguin.....RH..... Statut hémoblobinique AA  AS  SS

Gestité..... Parité..... Avortement..... Enfant en vie .....

Date d'admission : ...../...../..... HEURE.....

GROSSESSE ACTUELLE : DDR : ...../...../..... DPA : ...../...../.....

- Femme enceinte ayant été conseillée au CDV Oui  Non
- Femme enceinte ayant été testée Oui  Non
- Femme enceinte ayant été informée de son résultat Oui  Non

**Si le statut sérologique VIH n'est pas connu et dilatation non complète, faire le Counselling et un Test rapide avant l'accouchement**

Prise des ARV : Régime ..... Date de commencement : ...../...../.....

Début du travail : Date : ...../...../..... Heure .....

**ANTECEDENTS MEDICO – CHIRURGICAUX** : .....

#### **ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX**

Nombre enfants vivants : ..... Morts : ..... Mort-né : ..... Mort avant 7 jours : .....

Dernier accouchement (Date : mois et année) .....

Eutocie : (Nbre).....Dystocie : (Nbre) ..... Type : .....

Nbre de bébés avec Poids >4kg : .....

Grossesse multiple : (Nbre) .....

Césarienne : ..... Nombre : .....

Année : ..... Indication : .....

Année : ..... Indication : .....

Année : ..... Indication : .....

Année : ..... Indication : .....

## **C. EXAMEN CLINIQUE GENERAL**

### **EXAMEN PHYSIQUE**

Poids : .....Kg      Taille : .....cm      T° : .....C°      Pouls : .....  
TA : .....mmHg      Œdèmes : .....  
Conjonctives palpébrales : Colorées       Pâles

Etat Général : .....  
Système respiratoire : .....  
Système circulatoire : .....  
Système digestif : .....  
Système urinaire : .....  
Système locomoteur : .....  
Système nerveux et organes de sens : .....

### **EXAMEN GYNECO-OBSTETRICAL**

HU : .....cm      Présentation : .....      Position : .....  
BCF : ..... /min      Contractions utérines : .....      MFA : présents       absents

- Ex : au spéculum (Si pertes des eaux, hémorragie génitale, pertes purulentes)  
- Col : Aspect (ancien soin, cerclage du col, déchirure, inflammé, col cicatriciel)

.....  
.....  
.....  
- TV. Col : effacé : .....% Dilaté : ..... cm      Particularités (œdème du col, autre) : .....

Poche des eaux

- Non rompue

- Rompue

Date : ...../...../.....      Heure : .....

Aspect du liquide : LA clair       Verdâtre       Sanguinolent       Jaunâtre       Purulent

Degré d'engagement de la tête : Haute       Amorcée       Fixée       Engagée

Appréciation du bassin : Bon       Limite       Rétréci       Assymétrique

### **RESULTATS DE LABORATOIRE :**

GS .....      Hc .....      Hb .....      TDR du paludisme .....      GE .....      Albuminurie .....

RPR pour syphilis .....      Examen cyto-bactériologique des urines .....

**CONCLUSION :** .....

**PRONOSTIC :** .....

**CONDUITE A TENIR :** .....

Nom de l'Examineur .....      Heure .....

## II. Surveillance de la phase de latence (<4 cm)

<b>Phase de travail à l'arrivée</b> : Phase de latence <input type="checkbox"/> Phase active <input type="checkbox"/> Dilatation complète <input type="checkbox"/>														
<b>Temps écoulé depuis l'arrivée (en heures)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>Traitement maternel prévu</b>
Temps depuis la rupture des membranes (en h)														
Temps depuis le début du travail (en h)														
Saignement vaginal (0 - +++)														
Nbre de contractions en 10 minutes														
Durée des contractions (en secondes)														
Bruits du cœur fœtal (battements / minute)														
Température (axillaire)														
Pouls (battements / minute)														
Tension artérielle (systolique / diastolique)														
Diurèse (en mL)														
Dilatation du col (en cm)														
<b>Affection</b>	<b>Heure d'apparition</b>					<b>Traitements et soins autres que les soins de soutien normaux</b>								
Si la femme est évacuée pendant le travail ou l'accouchement, noter l'heure et expliquer pourquoi :														



## IV. Accouchement

<p style="text-align: center;"><b><u>Accouchement</u></b></p> <p>Normal : <input type="checkbox"/> à .....h.....min          Gémellaire/multiple : <input type="checkbox"/></p> <p>Déchirure : <input type="checkbox"/> Degré : ....          Episiotomie : <input type="checkbox"/></p> <p>Ventouse : <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Symphyséotomie <input type="checkbox"/>          Césarienne : <input type="checkbox"/> Indication .....</p> <p>Accoucheur responsable : .....</p> <p>Assisté par : .....</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Nouveau-né</u></b></p> <p>Né le ...../...../.....à.....h.....min  <b>Sexe</b> :.....</p> <p><b>SENN</b> : Maintien T° <input type="checkbox"/> T°axillaire :..... Créde <input type="checkbox"/>          Soins du cordon (lame stérile, fil stérile, air libre) <input type="checkbox"/>          Mise au sein dans l'heure qui suit l'accouchement <input type="checkbox"/></p> <p><b>Poids</b> (gr) :..... <b>Taille</b> (cm) :..... <b>PC</b> (cm) :.....          Malformations visibles à la naissance : .....</p> <p>Prestataire responsable : .....</p>																												
<p style="text-align: center;"><b><u>Délivrance</u></b></p> <p>Ocytocine 10 UI IM <input type="checkbox"/> à .....h.....min          Traction contrôlée du cordon <input type="checkbox"/>          Massage utérin après délivrance : <input type="checkbox"/>          Délivrance Spontanée <input type="checkbox"/> à .....h.....min          Délivrance artificielle <input type="checkbox"/> à .....h.....min          Placenta : complet <input type="checkbox"/> incomplet <input type="checkbox"/>          Aspect : .....</p> <p>Membranes : Complètes <input type="checkbox"/> Incomplètes <input type="checkbox"/>          Hémorragie : Physiologique <math>\leq</math> (500cc) : .....          Pathologique <math>\geq</math> (500 cc) : .....</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>APGAR</u></b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Note</th> <th style="width: 12.5%;">A 1 min</th> <th style="width: 12.5%;">A 5 min</th> <th style="width: 12.5%;">A 10 min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respiration/cri</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fréquence cardiaque</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coloration des téguments</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reflexes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tonus musculaire</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Réanimation</b> : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>          Si oui, spécifier : stimulation <input type="checkbox"/> aspiration <input type="checkbox"/> ventilation <input type="checkbox"/>          Autre (à spécifier).....</p> <p><b>Traitement donné</b> : Vit K1 <input type="checkbox"/> Antibiotique <input type="checkbox"/> ARV <input type="checkbox"/>          Autre (à spécifier).....</p>	Note	A 1 min	A 5 min	A 10 min	Respiration/cri				Fréquence cardiaque				Coloration des téguments				Reflexes				Tonus musculaire				<b>Total</b>			
Note	A 1 min	A 5 min	A 10 min																										
Respiration/cri																													
Fréquence cardiaque																													
Coloration des téguments																													
Reflexes																													
Tonus musculaire																													
<b>Total</b>																													

## V. Surveillance en Post-partum Immédiat et Tardif

SURVEILLANCE APRES ACCOUCHEMENT	1ère H: TOUTES LES 15 MIN			2ème H: TOUTES LES 15 MIN			3ème H: TOUTES LES 30 MIN			4è H	5è H	6è H	J1	J2	J3
HEURE															
EVALUATION RAPIDE															
<b>Mère</b>															
Tension artérielle															
Pouls															
Température															
Respiration															
Conscience															
Saignement vaginal															
Globe de sécurité															
Vessie / Diurèse (aider la femme à uriner si vessie distendue)															
Allaitement au sein															
Réactions psychologiques															
<b>Nouveau-né</b>															
Respiration															
Coloration															
Température axillaire															
Présence de signes de danger*															

\* Signes de danger:

- Tête peu, faiblement, ou ne tête pas; - Léthargie/Inactivité; - Difficultés respiratoires; - Fièvre (corps trop chaud) ou Hypothermie (corps trop froid); - Convulsions; - Ballonnement abdominal/Vomissements répétés; - Infection grave / sévère de l'ombilic : rougeur étendue, tuméfaction et/ou odeur fétide.

Bien que tous les signes de danger communs soient cités ici pour être complet, les trois derniers apparaissent souvent un peu plus tardivement dans la période post natale. Au premier jour, on doit évaluer le cordon pour le saignement et/ou le suintement de sang.

TRAITEMENT PREVU	HEURE	TRAITEMENT ADMINISTRE, HEURE D'ADMINISTRATION
<b>MERE</b>		
<b>NOUVEAU-NE</b>		

EN CAS D'EVACUATION DE LA MERE OU DU NOUVEAU-NE, NOTER L'HEURE ET EXPLIQUER POURQUOI:

EN CAS DE DECES DE LA MERE OU DU NOUVEAU-NE, DATE, HEURE ET CAUSE NOTER L'HEURE ET EXPLIQUER POURQUOI:

EXAMEN DE SORTIE	DATE DE SORTIE:.....	RENDEZ-VOUS CPoN: .....
<b>MERE</b>		
OBSERVATIONS		
.....		
.....		
EXAMEN FAIT PAR: .....		
<b>NOUVEAU-NE</b>		
OBSERVATIONS		
.....		
.....		
EXAMEN FAIT PAR: .....		

INFORMER ET CONSEILS SUR		MESURES PREVENTIVES	
MERE	NOUVEAU-NE	MERE	NOUVEAU-NE
<input type="checkbox"/> Les soins du post-partum <input type="checkbox"/> Les signes de danger <input type="checkbox"/> Utilisation de la MILD <input type="checkbox"/> La planification familiale et l'espacement des naissances <input type="checkbox"/> La nutrition <input type="checkbox"/> Le diagnostic précoce du VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Le traitement aux ARV <input type="checkbox"/> Les consultations de suivi	<input type="checkbox"/> L'allaitement maternel exclusif <input type="checkbox"/> L'hygiène, soins du cordon et garder le bébé au chaud <input type="checkbox"/> les recommandations particulières à observer si le nouveau-né a un faible poids de naissance <input type="checkbox"/> Les signes de danger <input type="checkbox"/> Les consultations de suivi	<input type="checkbox"/> Fer/folates <input type="checkbox"/> Mebendazole <input type="checkbox"/> Sulfadoxine-pyriméthamine <input type="checkbox"/> Dormir sous MILD <input type="checkbox"/> Vaccin anti-tétanique <input type="checkbox"/> Vitamine A <input type="checkbox"/> Test de la syphilis (RPR) et traitement conséquent <input type="checkbox"/> Traitement / Prophylaxie ARV	<input type="checkbox"/> BCG/VPO <input type="checkbox"/> Résultat de la sérologie RPR et traitement <input type="checkbox"/> Prophylaxie TB si TPM+ <input type="checkbox"/> Dormir sous MILD <input type="checkbox"/> En cas de risque d'infection bactérienne, mettre en place un traitement (ampicilline et gentamycine en IM) <input type="checkbox"/> Prophylaxie ARV