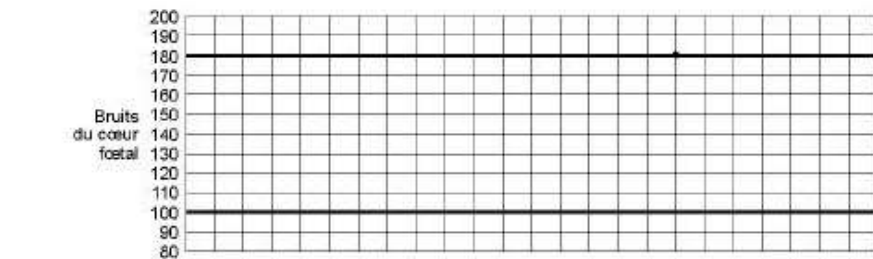
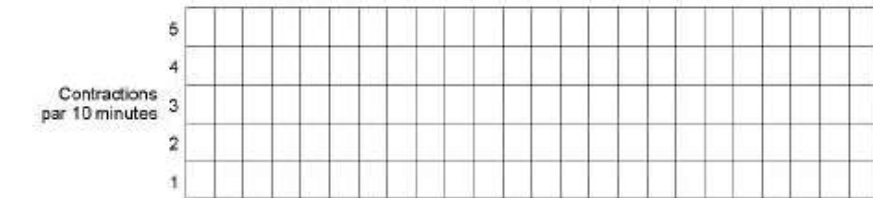
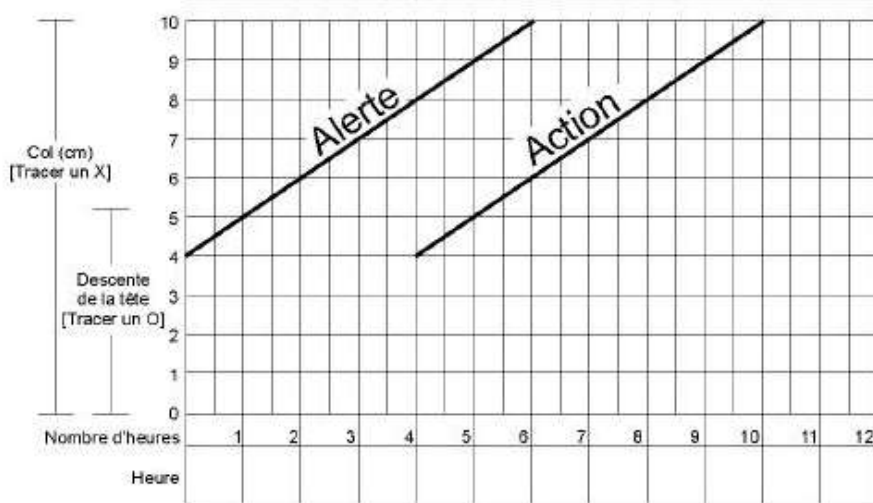


Nom \_\_\_\_\_ Geste \_\_\_\_\_ Parité \_\_\_\_\_ Numéro de l'hôpital \_\_\_\_\_  
 Date d'admission \_\_\_\_\_ Heure d'admission \_\_\_\_\_ Rupture des membranes \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_

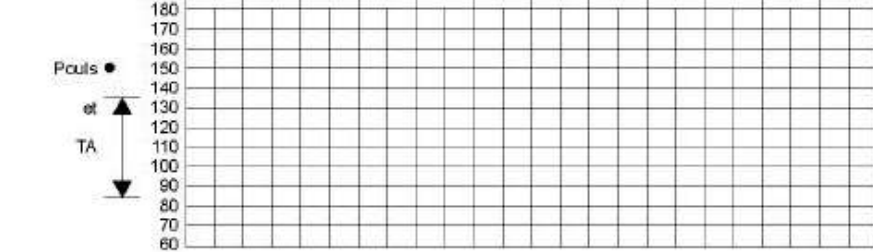


Liquide amniotique Chevauchement \_\_\_\_\_



Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute \_\_\_\_\_

Médicaments prescrits et liquides IV \_\_\_\_\_



Temp en C' \_\_\_\_\_

Santé Maternelle & Néonatale	Urine	{ protéinurie cétone volume       }	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
			_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

