



RE0195

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_








NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20\_\_/\_\_/\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F  X  
Année Mois Jour

## GRILLE D'ENSEIGNEMENT AUX NOUVEAUX PARENTS

<b>Soins dispensés au :</b> <input type="checkbox"/> RLS Pierre-Boucher <input type="checkbox"/> RLS Richelieu-Yamaska <input type="checkbox"/> RLS Pierre-de Saurel									
Devenir parent amène beaucoup de questions. Pour vous aider dans ce nouveau rôle, des vidéos sont disponibles aux endroits suivants : sur le site « <a href="http://nouveauxparents.com">nouveauxparents.com</a> » ou via le code QR (QR1) et via les codes QR inclus au présent document. Nous vous invitons à regarder les vidéos et à lire les sections du guide « <i>Mieux vivre avec notre enfant</i> » avant l'arrivée de bébé et ce, afin d'être mieux préparés pour le grand jour.									
<b>PRÉPARATIONS SUGGÉRÉES (ACCOUCHEMENT ET ALLAITEMENT)</b>									
<b>Sujet : lecture ou vidéo</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Référence dans le Mieux vivre avec notre enfant</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Validé <input checked="" type="checkbox"/> Init. inf./inf. aux.</b>					
Préparation à l'allaitement		Section Grossesse / La préparation à l'allaitement Fondation OLO (QR2)	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____					
Préparation à l'accouchement (QR3)	<input type="checkbox"/>	Section Grossesse / La préparation à l'accouchement	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____					
<b>ENSEIGNEMENTS DANS LE PREMIER 8H APRÈS LA NAISSANCE</b>									
<b>Sujet : lecture ou vidéo</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Référence dans le Mieux vivre avec notre enfant</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Validé <input checked="" type="checkbox"/> Init. inf./inf. aux.</b>					
<b>NOUVEAU-NÉ</b>	Contact peau à peau et utilisation de la camisole (QR4)	<input type="checkbox"/>	Section Accouchement / Les premiers jours	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Comportements du nouveau-né dans les premiers jours de vie (QR5)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Signes de faim et horaire des boires		Section Alimentation / Nourrir notre bébé	<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Bébé boit-il assez?			<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____				
<b>ALLAITEMENT MATERNEL</b>	Bases d'une tétée (QR6 et QR7)	<input type="checkbox"/>	Section Alimentation / Nourrir bébé au sein	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Fréquence des tétées et tétées groupées			<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Positions d'allaitement (QR8)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Expression manuelle du lait (QR9)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____				
	Nourrir un bébé prématuré (si applicable) (QR10)	<input type="checkbox"/>	Section Alimentation / Nourrir bébé au sein / Allaiter, est-ce toujours possible?	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____				
<b>CODES QR</b>									
QR1	QR2	QR3	QR4	QR5	QR6	QR7	QR8	QR9	QR10

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

ENSEIGNEMENTS DE LA 8 <sup>e</sup> À LA 16 <sup>e</sup> HEURE APRÈS LA NAISSANCE					
Sujet : lecture ou vidéo		<input checked="" type="checkbox"/>	Référence dans le Mieux vivre avec notre enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	Validé <input checked="" type="checkbox"/> Init. inf./inf. aux.
MAMAN	Corps après l'accouchement (QR11)	<input type="checkbox"/>	Section Accouchement / <i>Les premiers jours</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Césarienne (si applicable) (QR12)	<input type="checkbox"/>	Section Accouchement / <i>Les interventions possibles pendant l'accouchement</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Rôle de l'autre parent (QR13)	<input type="checkbox"/>	Section Famille / <i>Être papa</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
NOUVEAU-NÉ	Soins du cordon ombilical (QR14)	<input type="checkbox"/>	Section Santé / <i>Bébé en santé</i>	<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____
	Rots et régurgitations		Section Alimentation / <i>Nourrir notre bébé</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Vomissements		Section santé / <i>Problèmes de santé courants</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Urines et selles		Section Bébé / <i>Caractéristiques du nouveau-né</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Syndrome du bébé secoué (SBS)				OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____
ALLAITEMENT MATERNEL	Expression du lait avec tire-lait (si applicable)		Section Alimentation / <i>Nourrir bébé au sein</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
ENSEIGNEMENTS DE LA 16 <sup>e</sup> À LA 24 <sup>e</sup> HEURE APRÈS LA NAISSANCE					
Sujet : lecture ou vidéo		<input checked="" type="checkbox"/>	Référence dans le Mieux vivre avec notre enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	Validé <input checked="" type="checkbox"/> Init. inf./inf. aux.
MAMAN	Baby blues et dépression		Section Accouchement / <i>Les premiers jours</i>	<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____
NOUVEAU-NÉ	Dépistage néonatal sanguin		<i>Nouveauxparents.com (QR15)</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Jaunisse		Section Santé / <i>Problèmes de santé courants</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Hygiène nasale (QR16)	<input type="checkbox"/>	Section santé / <i>Bébé en santé</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Bain (QR17)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
		Dents de bébé		Section santé / <i>Bébé en santé</i>	<input type="checkbox"/>
ALLAITEMENT MATERNEL	Seins pendant l'allaitement		Section Alimentation / <i>Nourrir bébé au sein</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Manipulation du lait maternel exprimé		Section Alimentation / <i>Le lait</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
CODES QR					
					
QR11		QR12		QR13	
					
QR14		QR15		QR16	
					
QR17					



RE0195

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20\_\_/\_\_/\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F  X  
Année Mois Jour

**GRILLE D'ENSEIGNEMENT AUX  
NOUVEAUX PARENTS**

**Soins dispensés au:**  RLS Pierre-Boucher  RLS Richelieu-Yamaska  RLS Pierre-de Saurel

**ENSEIGNEMENTS PRÉPARATOIRES AU CONGÉ / voir dépliant : Le pense-bête des nouveaux parents**

Sujet : lecture ou vidéo		<input checked="" type="checkbox"/>	Référence dans le Mieux vivre avec notre enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	Validé <input checked="" type="checkbox"/> Init. inf./inf. aux.
<b>MAMAN</b>	Consulter un professionnel de la santé (QR18)	<input type="checkbox"/>	Section Accouchement / <i>Les premiers jours</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Consulter un professionnel de la santé (QR18)	<input type="checkbox"/>	Section Santé / <i>Bébé en santé</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
<b>NOUVEAU-NÉ</b>	Carnet de vaccination		Section Santé / <i>Bébé en santé</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Sommeil sécuritaire (QR19) <i>(Livret : Sommeil sécuritaire pour votre bébé)</i>	<input type="checkbox"/>	Section Bébé / <i>Le sommeil</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Siège d'auto		Section Santé / <i>Bébé en sécurité (QR20)</i>	<input type="checkbox"/>	OBLIGATOIRE Validé <input type="checkbox"/> ____
<b>ALLAITEMENT MATERNEL</b>	Difficultés d'allaitement (QR21 et QR22)	<input type="checkbox"/>	Section Alimentation / <i>Nourrir bébé au sein</i>	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____
	Ressources en allaitement		<i>Nouveauxparents.com</i> (Voir liens au bas de la page internet) (QR23)	<input type="checkbox"/>	Validé <input type="checkbox"/> ____

**CODES QR**



QR18



QR19



QR20



QR21



QR22



QR23

**\*Si votre bébé est nourri autrement que par l'allaitement maternel, l'infirmière vous remettra un autre document d'information.**

Date	Initiales	Signature	Numéro de permis	Date	Initiales	Signature	Numéro de permis