



Name / Nom : _____

<p>Date / Date :</p> <p>Nurse / Infirmier.ère :</p> <p>Primary Care Provider / Fournisseur de soins primaires :</p> <p>Pain Management Plan / Treatment / Plan de gestion de la douleur / Traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Post-partum Self-medication Program / Programme d'automédication post-partum :</p> <p>Patient/Family Communication / What Matters to Me / Communication patient/famille / Ce qui compte pour moi :</p> <p>Estimated Discharge Date & Time / Date et heure prévue de sortie :</p>	<p style="text-align: center;">Please Call – Don't Fall / Appelez pour ne pas tomber</p> <p><input type="checkbox"/> Call Before Getting Up / Appelez avant de se lever</p> <p><input type="checkbox"/> Independent / Indépendante</p> <p style="text-align: center;">Newborn Care / Soins du nouveau-né</p> <p>Name / Nom :</p> <p>Birth Date / Date de naissance :</p> <p>Time / Heure :</p> <p>Feeding / Alimentation</p> <p><input type="checkbox"/> Breast / Au sein</p> <p><input type="checkbox"/> Bottle / Au biberon</p> <p><input type="checkbox"/> Combined / Combinaison</p> <p>Feeding Plan / Plan d'alimentation</p> <p><input type="checkbox"/> Call Prior to Feeding / Appelez avant de nourrir</p> <p><input type="checkbox"/> Other / Autre :</p> <p>Diapers / Couches</p> <p><input type="checkbox"/> Wet / Mouillées</p> <p><input type="checkbox"/> Dirty / Sales</p> <p>Birth Weight / Poids à la naissance : _____</p> <p>Today's Weight / Poids aujourd'hui : _____</p> <p>Newborn Screen / Tests / Tests / Dépistages pour nouveau-né</p> <p><input type="checkbox"/> Metabolic / Métabolique</p> <p><input type="checkbox"/> Hearing / Auditif</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirubin / Bilirubine</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------