

Maternity Notes

Carnet de maternité

Mutterschaftspass

Libretto di maternità



English Anglais English Inglese

Family name

Nom
Name
Cognome

Family name at birth

Nom de jeune fille
Mädchenname
Cognome da nubile

First name

Prénom
Vorname
Nome

Address

Adresse
Adresse
Indirizzo

Tel.

Tél.

Residential status

Permis de séjour
Aufenthaltsstatus
Permesso di soggiorno

Health care insurance

Assurance maladie
Krankenkasse
Cassa malati

Nr:

No:

Nr:

No:

Named caregiver

Suivie par
Betreut von
Seguita da

General information

Renseignements généraux

Allgemeine Informationen

Informazioni generali

Date of 1st consultation

Date de la 1^{re} consultation
Datum der 1. Konsultation
Data della 1a consultazione

Date of birth

Date de naissance
Geburtsdatum
Data di nascita

Country of origin

Lieu d'origine
Herkunftsland
Paese d'origine

Date of arrival in Switzerland

Date d'arrivée en Suisse
Einreisdatum in die Schweiz
Data d'arrivo in Svizzera

Married

Mariée
Verheiratet
Sposata

yes

oui
ja
si

no

non
nein
no

Name and first name of husband

Nom et prénom du mari
Name und Vorname des Ehemannes
Cognome e nome del marito

Place of residence of your husband

Lieu d'hébergement du mari
Aufenthaltsort des Ehemannes
Luogo di dimora del marito

Languages spoken

Langues parlées
Sprachen
Lingue parlate

French

français
Französisch
francese

Italian

italien
Italienisch
italiano

German

allemand
Deutsch
tedesco

English

anglais
Englisch
inglese

other

autre
andere
altre

Did you have pregnancy care in your own country?

Votre grossesse a-t-elle été suivie dans votre pays?
Wurden Sie in Ihrem Land während der Schwangerschaft betreut?
Ha effettuato dei controlli di gravidanza nel suo paese?

<input type="checkbox"/>	yes oui ja si	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Do you have any Maternity Notes relating to this pregnancy?

Vous reste-t-il des documents concernant votre grossesse?
Besitzen Sie Unterlagen über Ihre Schwangerschaft?
Possiede degli incarti relativi alla gravidanza?

<input type="checkbox"/>	yes oui ja si	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Have you had any antenatal checks since your arrival in Switzerland?

Avez-vous eu un contrôle de grossesse depuis votre arrivée en Suisse?
Haben Sie seit Ihrer Ankunft in der Schweiz
eine Schwangerschaftskontrolle gehabt?
Ha già fatto un controllo di gravidanza dal suo arrivo in Svizzera?

<input type="checkbox"/>	yes oui ja si	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

If yes, do you have any Maternity Notes from this consultation?

Si oui, avez-vous des documents de cette consultation?
Wenn ja, besitzen Sie Unterlagen?
Se sì, dispone degli incarti relativi alle consultazioni effettuate?

<input type="checkbox"/>	yes oui ja si	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Relevant social service

Service social de référence
Zuständiges Sozialamt
Servizio sociale di riferimento

Family medical history

Antécédents familiaux

Krankheiten in der Familie

Antecedenti familiari

Is your mother still living? Does she suffer from any disease?

Votre mère est-elle vivante? Souffre-t-elle d'une maladie?

Lebt Ihre Mutter? Ist sie krank?

Sua madre è viva? Soffre di una malattia?

Is your father still living? Does he suffer from any disease?

Votre père est-il vivant? Souffre-t-il d'une maladie?

Lebt Ihr Vater? Ist er krank?

Suo padre è vivo? Soffre di una malattia?

How many brothers and sisters do you have, how many are still living?

Combien de frères et sœurs avez-vous, sont-ils vivants?

Wie viele Geschwister haben Sie, wie viele sind am Leben?

Quanti fratelli e sorelle ha? Sono vivi?

Do they suffer from any disease?

Souffrent-ils d'une maladie?

Leiden sie an einer Krankheit?

Soffrono di una malattia?

Do your children suffer from any disease?

Vos enfants souffrent-ils d'une maladie?

Leiden Ihre Kinder an einer Krankheit?

I suoi figli soffrono di una malattia?

Does the father of your child suffer from any disease?

Le père du bébé souffre-t-il d'une maladie?

Leidet der Vater des Kindes an einer Krankheit?

Il padre del bebè soffre di una malattia?

In your close family is there a history of:

Dans votre parenté proche, y a-t-il:

Gibt es in Ihrer Verwandtschaft:

Nella parentela prossima ci sono:

twins

des jumeaux
Zwillinge
gemelli

congenital malformations

des malformations
Fehlbildungen
malformazioni

high blood pressure

de l'hypertension
Bluthochdruck
ipertensione

diabetes

du diabète
Zuckerkrankheit
diabete

tuberculosis

de la tuberculose
Tuberkulose
tuberculosi

cancer

des cancers
Krebs
cancro

other diseases

d'autres maladies
andere Krankheiten
altre malattie

Personal medical history

Antécédents personnels

Persönliche Anamnese

Antecedenti personali

Do you suffer from:

Souffrez-vous personnellement de:

Leiden Sie persönlich an:

Personalmente, soffro di:

allergies

- allergies
Allergien
allergie

high blood pressure

- hypertension
Bluthochdruck
ipertensione

hepatitis

- hépatite
Hepatitis
epatite

asthma

- asthme
Asthma
asma

diabetes

- diabète
Zuckerkrankheit
diabete

tuberculosis

- tuberculose
Tuberkulose
tubercolosi

malformations

- malformations
Missbildungen
malformazioni

thrombosis/varicose veins

- thromboses veineuses/varices
Thrombose/Krampfader
trombosi/varici

other diseases

- autres maladies
andere Krankheiten
altre malattie

Have you had any operations? If yes, what and when?

Avez-vous eu des opérations? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie bereits eine Operation? Wenn ja, welche und wann?

Ha già avuto interventi? Quali? Quando?

Have you ever had an anaesthetic? What type, did you have any side-effects?

Avez-vous subi une anesthésie? Si oui laquelle, et l'avez-vous bien supportée?

Hatten Sie bereits eine Anästhesie? Gab es Probleme?

Ha già avuto un'anestesia? Quale? Ha avuto problemi?

Do you regularly take any medication? If yes, what?

Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui lesquels?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?

Prende regolarmente medicinali? Quali?

Do you smoke?

- Fumez-vous?
Rauchen Sie?
Fuma?

Do you drink alcohol?

- Consommez-vous de l'alcool?
Trinken Sie Alkohol?
Beve alcolici?

Are you on drugs such as cocaine?

- Consommez-vous d'autres toxiques comme la cocaïne?
Nehmen Sie andere Substanzen, wie zum Beispiel Kokain?
Fa uso di altre sostanze, quali cocaina?

Gynaecological history

Antécédents gynécologiques

Gynäkologische Anamnese

Antecedenti ginecologici

Have you had any gynaecological operations? If yes, what and when?

Avez-vous subi des opérations gynécologiques? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie schon gynäkologische Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Ha avuto interventi ginecologici? Quali? Quando?

Have you had any gynaecological problems? If yes, what and when?

Avez-vous eu des maladies gynécologiques? Si oui lesquelles et quand?

Hatten Sie schon gynäkologische Krankheiten? Wenn ja, welche und wann?

Ha avuto malattie ginecologiche? Quali? Quando?

Have you had a miscarriage? If yes, when and at how many weeks?

Avez-vous fait des fausses-couches? Si oui, quand et à quel mois de grossesse?

Hatten Sie schon Fehlgeburten? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

Ha avuto aborti? Se sì, quando? A quante settimane?

Have you had an abortion, for personal or medical reasons? If yes, how many and when?

Avez-vous subi des interruptions de grossesse, volontaires ou médicales? Si oui, combien et quand?

Hatten Sie schon gewollte oder medizinische Aborte? Wie viele und wann?

Ha avuto interruzioni volontarie o mediche di gravidanza? Se sì, quante e quando?

Have you been treated for sterility problems? If yes, how and when?

Avez-vous suivi un traitement pour une stérilité? Si oui, lequel et quand?

Wurden Sie wegen Sterilität behandelt? Wie und wann?

Ha avuto un trattamento contro la sterilità? Se sì, quale e quando?

Obstetric history

Antécédents obstétricaux

Geburtshilfliche Anamnese

Antecedenti ostetrici

Previous births Naissance des enfants Geburten der Kinder Nascita dei figli

Year Année Jahr Anni					
Weight and sex Poids et sexe Gewicht und Geschlecht Peso e sesso					
Place of birth Lieu de naissance Geburtsort Luogo della nascita					
Complications during pregnancy Complications de grossesse Schwangerschaftskomplikationen Complicazioni durante la gravidanza					
Vaginal delivery or Caesarian section Voie basse ou césarienne Spontangeburt oder Kaiserschnitt Parto oppure taglio cesareo					
Did you breastfeed, for how long? Allaitement, nombre de mois? Stillen, wie lange? Allattamento, per quanto tempo?					
Place of residence of your children Lieu d'hébergement des enfants Aufenthaltsort der Kinder Luogo di dimora dei figli					

Present pregnancy

Grossesse actuelle

Aktuelle Schwangerschaft

Gravidanza attuale

Gravida Gestité Gravida Gravida	Parity Parité Para Para
Blood group Groupe sanguin Blutgruppe Gruppo sanguigno	Antibodies (+date) Anticorps (+date) Antikörper (+Datum) Anticorpi (+data)
First day of last period Date des dernières règles Letzte Periode Ultime mestruazioni	Estimated date of delivery Date du terme prévu Geburtsstermin Termine previsto
Estimated date of delivery according to scan Date selon les ultrasons Geburtsstermin gemäss Ultraschall Data secondo ultrasuoni	Risk factors Facteurs de risques Risikofaktoren Fattori di rischio
Weight before pregnancy Poids avant la grossesse Gewicht vor der Schwangerschaft Peso prima della gravidanza	Height Taille Grösse Altezza

Serological tests Sérologies Serologie Serologia

<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis (+date) Toxoplasmose (+date) Toxoplasmose (+Datum) Toxoplasmosi (+data)	<input type="checkbox"/> Rubella Rubéole Röteln Rosolia	<input type="checkbox"/> CMV CMV CMV CMV	<input type="checkbox"/> VDRL VDRL VDRL VDRL
<input type="checkbox"/> Hepatitis B Hépatite B Hepatitis B Epatite B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C Hépatite C Hepatitis C Epatite C	<input type="checkbox"/> Strepto B Strepto B Strepto B Strepto B	<input type="checkbox"/> Other Autres Andere Altro
<input type="checkbox"/> Cervical smear (+ date) Frottis du col (+date) Zervixabstrich (+ Datum) Striscio della cervice (+ data)	<input type="checkbox"/> Urine culture (+ date) Uricult (+date) Urikult (+Dat.) Uricult (+data)		
<input type="checkbox"/> Prenatal diagnosis Diagnostic prénatal Pränatale Diagnostik Diagnosi prenatale			

Planning for the birth

Organisation de l'accouchement

Geburtsplanung

Organizzazione per il parto

Enrolled for birth preparation classes?

Inscrite pour un cours de préparation à la naissance?

Angemeldet für Geburtsvorbereitungskurs?

Iscritta a un corso di preparazione al parto?

Planned place of birth

Lieu d'accouchement choisi

Gewünschter Geburtsort

Luogo scelto per il parto

Special wishes related to your culture, religion etc. ?

Désirs particuliers liés à la culture, aux croyances, etc.?

Besondere kulturelle, religiöse oder andere Wünsche?

Desideri particolari legati alla cultura, alla religione, ecc.?

Postnatal care

Suivi post-partum

Wochenbettbetreuung

Cure dopo-parto

at home

à domicile

zu Hause

a casa

in hospital

à la maternité

im Spital

alla maternità

Accompanying person at the delivery who is able to translate

Personne présente à l'accouchement pour traduction

Sprachvermittelnde Begleitperson

Persona presente al parto in grado di assicurare una traduzione

Name

Nom

Name

Cognome

First name

Prénom

Vorname

Nome

Address

Adresse

Adresse

Indirizzo

Tel.

Tél.

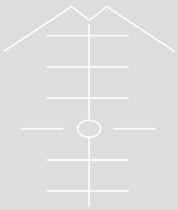
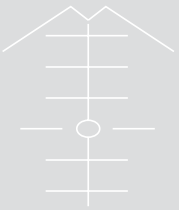
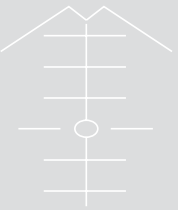
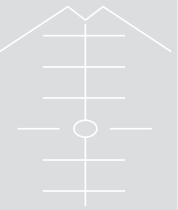
Antenatal checks

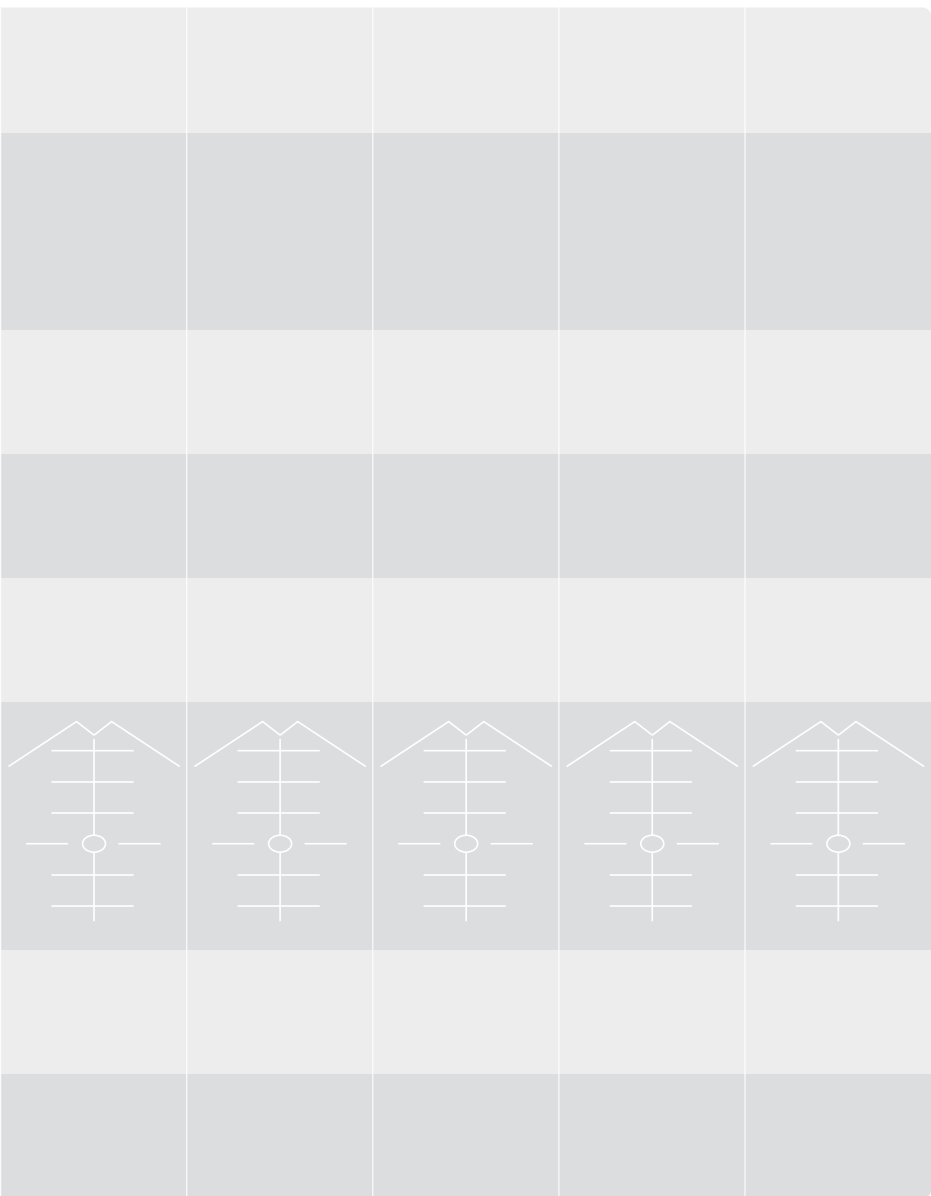
Contrôles de grossesse

1/2

Schwangerschaftskontrollen

Controlli di gravidanza

Date + Gestation Date + SA Datum + SSW Data + sdg				
General state of health Etat général Allgemeiner Zustand Stato generale				
Blood pressure TA Blutdruck Pressione				
Oedema Oedèmes Ödeme Edemi				
Fundal height HU Fundusstand Fondo uterino				
Presentation Présentation Kindslage Presentazione				
FHR BCF FHF BCF				
VE / Cervix TV/Col Vaginaluntersuchung/MM Visita vaginale/collo				



Antenatal checks

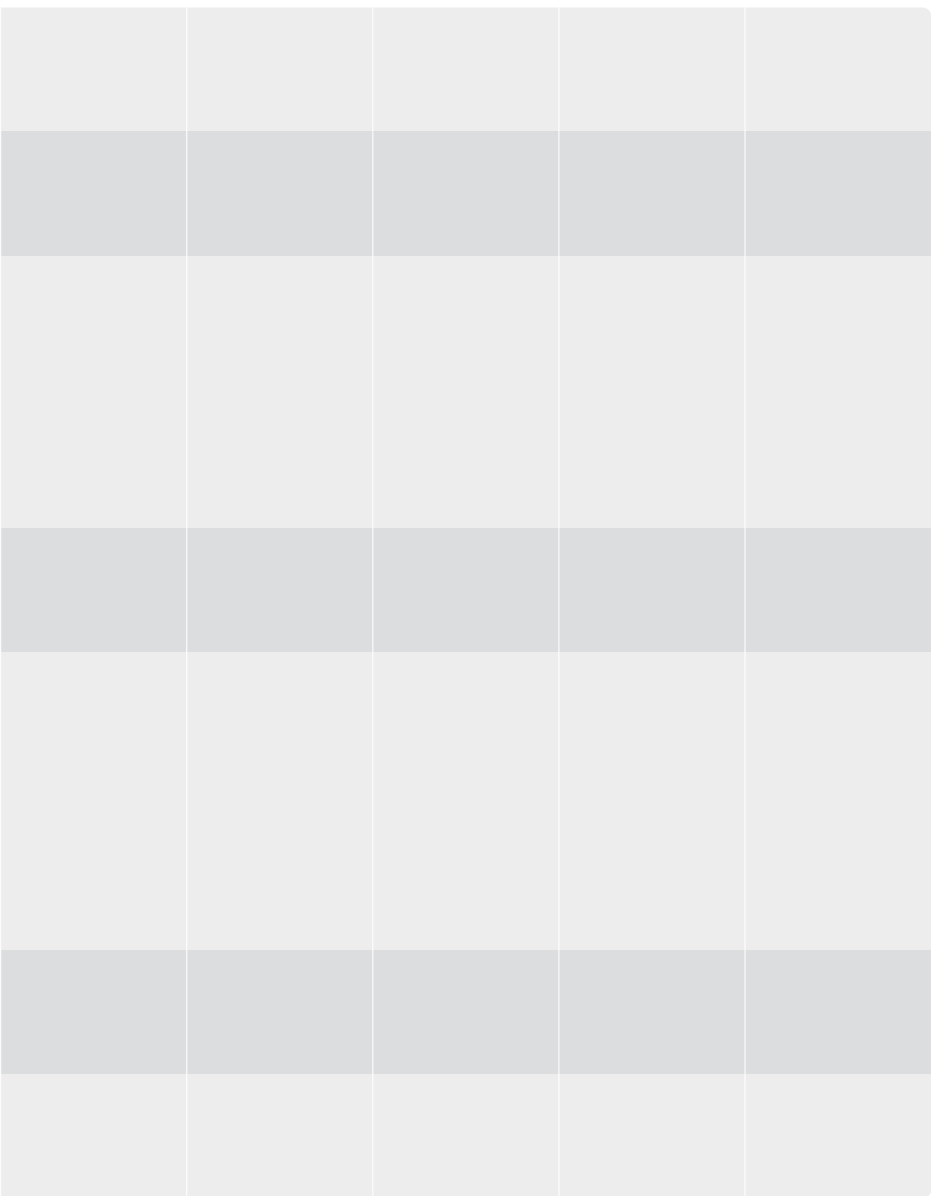
Contrôles de grossesse

2/2

Schwangerschaftskontrollen

Controlli di gravidanza

Prot./Gluc/Leuc. (urine) Prot/Gluc/Leucos (urines) Prot/Gluk./Lc. (Urin) Prot./Gluc/Lc (urina)				
Hb/Thrombocytes Hb/Plaq. Hb/Tc Hb/Tc				
Additional tests Examens spéciaux Spezielle Untersuchungen Esami speciali				
Ultrasound scan Ultrasons Ultraschall Ultrasuoni				
Measures to be taken Attitude Massnahmen Procedere				
Next consultation Prochain contrôle Nächste Kontrolle Prossimo controllo				
Signature Signature Unterschrift Firma				



Birth summary

Résumé d'accouchement

Zusammenfassung Geburtsverlauf

Riassunto del parto

Date and time of birth – weeks of gestation

Date et heure de la naissance – semaines de gestation
Datum und Zeit der Geburt – Schwangerschaftswochen
Data e ora della nascita – settimane di gravidanza

Date and time of rupture of membranes

Date et heure rupture des membranes
Datum und Zeit des Blasensprungs
Data e ora della rottura delle membrane

Amniotic fluid

Liquide amniotique
Fruchtwasser
Liquido amniotico

clear

clair
klar
chiaro

meconium stained

teinté
grün gefärbt
tinto

thick meconium

méconial
mekoniumhaltig
meconiale

Birth

Naissance
Geburt
Nascita

spontaneous

spontanée
spontan
spontanea

forceps

forceps
Forzeps
forcipe

ventouse

ventouse
Vakuum
ventosa

Caesarean

césarienne
Sectio
cesareo

Indication

Indication
Indikation
Indicazione

Third stage

Delivrance
Placenta
Secondamento

spontaneous

spontanée
spontan
spontaneo

manual delivery

artificielle
manuelle Lösung
manuale

Total blood loss

Pertes sanguines à l'accouchement
Blutverlust
Perdite ematiche al parto

Perineum

Périnée
Perineum
Perineo

no trauma identified

intact
intakt
intatto

episiotomy

épisiotomie
Episiotomie
episiotomia

Tear I / II / III / IV

déchirure I / II / III / IV
Dammriss I / II / III / IV
lacerazione I / II / III / IV

sutures

suture
Dammnaht
sutura

AnaestheticAnesthésie
Anästhesie
Anestesia**none**aucune
keine
nessuna**local**locale
lokale
locale**epidural**péridurale
PDA
peridurale**spinal**rachidienne
spinal
spinale**general anaesthetic**générale
Vollnarkose
generale**Put to the breast**Première mise au sein
Ansetzen an die Brust
Prima messa al seno**immediately**immédiate
sofort
immediata**later**tardive
später
tardiva**Baby** Nouveau-né Kind Neonato**Name**Nom
Name
Cognome**First name**Prénom
Vorname
Nome**Sex**Sexe
Geschlecht
Sesso**Apgar**Apgar
Apgar
Apgar**Weight**Poids
Gewicht
Peso**Length**Taille
Länge
Altezza**Blood group and Coombs test**Groupe sanguin et Coombs
Blutgruppe und Coombstest
Gruppo sanguigno e Coombs**Vit. K**Vit. K
Vit. K
Vit. K**yes**oui
ja
si**no**non
nein
no**Initial adaptation**Adaptation immédiate
Adaptation sofort
Adattamento immediato**observations**particularités
Bemerkungen
particolarità**Feeding**Allaitement
Ernährung
Alimentazione**Breast**maternel
Muttermilch
latte materno**bottle, which brand?**artificiel, quel lait?
Flaschenmilch, Fabrikat?
latte artificiale, quale latte? _____

Postnatal care of the mother

Soins post-natals de la mère

Betreuung der Mutter im Wochenbett

Cure dopo il parto della madre

Date Date Datum Data				
General condition Etat général Allgemeiner Zustand Stato generale				
Observations T/ P/ BP Observations T/ P/ TA Überwachung T/ P/ BD Parametri vitali T/ PIs/ PA				
Breastfeeding Allaitement Stillen Allattamento				
Breasts Seins Brust Seni				
Nipples Mamelons Brustwarzen Capezzoli				
Uterus Utérus Uterus Utero				
Lochia Lochies Lochien Lochi				
General remarks Remarques générales Bemerkungen Osservazioni				

Postnatal care of the baby

Soins post-natals du nouveau-né

Betreuung des Kindes im Wochenbett

Cure dopo il parto del neonato

Date Date Datum Data				
General condition Etat général Allgemeiner Zustand Stato generale				
Weight Poids Gewicht Peso				
Jaundice Ictère Ikterus Ittero				
Urine, bowel movements Urine, selles Urin, Stuhlgang Urine, feci				
Date of Guthrie test : Guthrie fait le : Guthrietest gemacht am : Guthrie, eseguito il :				
Signature Signature Unterschrift Firma				

Return home

Retour à domicile

Rückkehr nach Hause

Ritorno a casa

Community midwife:

Sage-femme à domicile:

Hebamme zu Hause:

Levatrice a casa:

Name

Nom

Name

Nome

Tel.

Tél.

Support and help at home

Entourage prévu à domicile

Unterstützung zu Hause

Sostegno previsto a casa

Psychological and social situation

Situation psychosociale

Psychoziale Situation

Situazione psicosociale

Proposed family planning

Contraception envisagée
Geplante Kontrazeption
Anticoncezione prevista

Individual information about family planning required

Informations individuelles de planning familial
Individuelle Information über Familienplanung gewünscht
Informazioni individuali riguardo il controllo delle nascite

<input type="checkbox"/>	yes oui ja sì	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

With interpreter

Avec interprète
Mit Vermittlerin
Con traduttore

<input type="checkbox"/>	yes oui ja sì	<input type="checkbox"/>	no non nein no
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Next gynaecological consultation by:

Prochain contrôle gynécologique chez:
Nächste gynäkologische Kontrolle bei:
Prossimo controllo ginecologico:

Tel
Tél.

Paediatrician

Nom du pédiatre
Kinderärztin / Kinderarzt
Pediatra

Tel
Tél.

Appointment with paediatrician:

Rendez-vous chez le pédiatre le:
Termin bei der Kinderärztin / dem Kinderarzt:
Appuntamento dal pediatra il:

You must contact the doctor or a midwife urgently if:

Vous devez impérativement contacter votre sage-femme ou votre médecin si :
Sie müssen sich unbedingt bei der Ärztin, dem Arzt oder bei der Hebamme melden :
Deve assolutamente contattare la sua levatrice, il suo medico se :

You are bleeding

- ▶ Vous perdez du sang
- ▶ Wenn Sie bluten
- ▶ Ha una perdita di sangue

Your waters have ruptured

- ▶ Vous perdez du liquide amniotique
- ▶ Wenn Sie Fruchtwasser verlieren
- ▶ Ha una perdita di liquido

You are vomiting a lot

- ▶ Vous vomissez beaucoup
- ▶ Bei starkem Erbrechen
- ▶ Vomita tanto

You have severe pain

- ▶ Vous avez de fortes douleurs
- ▶ Bei starken Schmerzen
- ▶ Ha dolori

You have a persistent high temperature

- ▶ Vous avez de la fièvre
- ▶ Bei anhaltendem Fieber
- ▶ Ha febbre

You have contractions

- ▶ Vous avez des contractions
- ▶ Bei Wehen
- ▶ Ha contrazioni

You can't feel the baby moving

- ▶ Vous ne sentez plus bouger votre bébé
- ▶ Wenn Sie nicht mehr spüren, wie das Baby sich bewegt
- ▶ Non sente più il bebè muoversi

You have a serious fall or accident or received a blow in the stomach

- ▶ Vous avez fait une chute, avez eu un accident ou reçu un coup sur le ventre
- ▶ Nach einem heftigen Sturz, einem Unfall oder einem Schlag in den Bauch
- ▶ E' caduta, ha avuto un incidente o ha ricevuto un colpo alla pancia

You have severe headache or flashing lights

- ▶ Vous avez de forts maux de tête ou des troubles de la vision
- ▶ Bei starken Kopfschmerzen oder Augenflimmern
- ▶ Ha forti mal di testa o disturbi alla vista

If possible, please telephone the hospital in advance to let them know you are coming!

Si possible, téléphonez pour annoncer votre venue!
Wenn möglich, bitte anrufen vor dem Eintritt!
È pregata di telefonare per annunciare il suo arrivo in ospedale!

Maternity hospital

Maternité
Spital
Maternità

Address

Adresse
Adresse
Indirizzo

Tel.

Tél.

