

# DOSSIER OBSTÉTRICAL



NOM : ..... Nom J.F. : .....

Prénom : .....

Née le : ..... à : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Port. : .....

Profession : .....

Nom, prénom du mari / Conjoint : .....

Né le : ..... à : .....

Profession du mari / Conjoint : .....

Tél : .....

Médecin traitant : .....

Grossesse suivie par : .....

Gynécologue référent : .....

Médecin qui suivra l'enfant : .....

DR : ..... DDG Echo : ..... TP : ..... GESTE : ..... PARE : .....

Charte réseau signée	<input type="checkbox"/>
Groupe :	
Rhésus	Kell
Père :	
Groupe	Rhésus
Hémoglobine 1 <sup>er</sup> Tri :	
Agglutinines :	
Taille :	IMC :
Toxo. :	
Rub. :	
Marqueur 1 <sup>er</sup> trimestre : ou Risque combiné	
BW :	
HIV :	
HBs :	
HVC :	
STREPTO B :	
HGPO :	
Glycémie à jeun :	
Vaccin coqueluche à jour :	
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prescrit :	
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ROR 2 vaccins :	
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vitamine D prescrite :	
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

ENTRÉE(S)	SORTIE(S)
1	1
2	2
3	3
4	4

<b>PARTICULARITÉS DE LA GROSSESSE :</b>	<b>ALLERGIES :</b>
	souhaite allaiter <input type="checkbox"/>
<b>POIDS AVANT LA GROSSESSE :</b>	<b>PAN</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>ACCOUCHEMENT :</b>	<b>ENFANT :</b> Sexe : .....
Date : ..... Heure : ..... SA : .....	Nom : .....
Résumé : .....	Prénom : .....
.....	Poids : .....
.....	Taille : .....
.....	CA : .....
.....	PH : .....
.....	Lactates : .....

N° IPP : .....