

## Dossier Anténatal (Partie 2)

DPA FINALE:	MÉTHODE DE DATATION: <input type="checkbox"/> Écho T1 <input type="checkbox"/> TRA <input type="checkbox"/> Écho T2 <input type="checkbox"/> Autre	MÉTHODE DE CONCEPTION  <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> TRA Spécifiez : <input type="checkbox"/> IO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI	↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓	
			Nom de famille	Prénom
Grossesse sur contraceptif: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date DDM : _____			Adresse- numéro et nom de rue	Apt./bur./unité
			Ville	Province
			Téléphone – Maison/Cell	Téléphone - Travail
			# Assurance maladie	Expiration
			Code Postal	
			N° dossier d'hôpital	

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRIQUES									
Gravida	À terme	Prématuré	Avortement (Induit Spontané )			Vivant	Enfants		
Date	Lieu de naissance/ avortement	Heures de travail	Âge gest.	Type de naissance	Complications périnatales	Sexe	Poids naissance	Allaitement	Santé actuelle
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

ANTÉCÉDENT MÉDICAL						
GI/ HépatIQUE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Varicelle	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Neurologique	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Allergies/ Sensibilités
Urinaire/ Rénale	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Respiratoire	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Anesthésie	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Santé mentale	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Hypertension/ Prééclampsie/ Éclampsie	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Diabète/ Thyroïde/ Endocrine	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Thromboembolique/ Hématologique	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
ITS / VHS	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Procédure utérine (LEEP, cône, myomectomie)	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Autre:	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Chirurgies	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N					
Commentaires:						Médicaments/ Phytothérapies/ Produits en vente libre

TESTS DE LABORATOIRE ET D'IMAGERIE MÉDICALE						
PREMIÈRE VISITE PRÉNATALE Date: _____ Date du PAP: _____ Résultats: _____	Résultats		Résultats		Offerts à certaines femmes	
	Hb & Plq: _____	Groupe sanguin: _____	VIH: _____	Chlamydia: _____	Varicelle: _____	Résultats
	HbsAg: _____		Gonorrhée: _____	RH du père: _____	Hépatite C: _____	
	Rubéole: _____		Urine C&S: _____	TSH: _____		
	Syphillis: _____			Dépistage du diabète: _____		
	ABO/ Rh: _____			Autres: _____		
9-13+6 SEMAINES	Dépistage sérologique maternel : <input type="checkbox"/> Discuté <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Accepté / Date: _____ Clarté nucale / Date: _____					
15-20+6 SEMAINES	Dépistage sérologique maternel: <input type="checkbox"/> Discuté <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Accepté / Date: _____					
24-28 SEMAINES	<input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Dépistage des anticorps <input type="checkbox"/> Dépistage du diabète (dépistage de l'hyperglycémie 1 heure PC 50g)					
28 SEMAINES	Immunoglobulines anti-Rho (D) administrées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Éligibilité AVAC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
28-32 SEMAINES	Échelle de dépression Édimbourg Pointage : _____ Suivi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cours prénataux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Éducation Allaitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
35-37 SEMAINES	Date Strep. Groupe B:		Résultats:		À l'intention d'allaiter : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres résultats de test de labo/de diagnostic:						

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_