



Dossier Anténatal (Partie 1)

↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓		
Nom de famille	Prénom	
Adresse - numéro et nom de rue	App./unité	Province
Ville	Code Postal	DDN
Téléphone - Maison/Cellulaire	Téléphone - Travail	
N° assurance maladie	Expiration	N° dossier hôpital

DPA FINALE :	MÉTHODE DE DATATION : <input type="checkbox"/> Écho T1 <input type="checkbox"/> Écho T2 <input type="checkbox"/> TRA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Date DDM: _____
Conception : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> TRA <i>Spécifiez :</i> <input type="checkbox"/> IO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI Donneur : <input type="checkbox"/> Ovule (Age au moment du prélèvement____) <input type="checkbox"/> Sperme <input type="checkbox"/> Mère porteuse Date de transfert d'embryo : _____ <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D5 Grossesse sur contraceptif : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Gravida	À terme	Prématuré	Avortement (IVG AS)		Vivant	Enfant			
Date	Lieu	Durée (en hrs)	AG	Type de naissance	Complications périnatales/détails	Sexe	Poids de 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	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
								<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
Intention d'allaiter : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Éligible ETAC/AVAC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans Objet			

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX Inconnus

Obésité - IMC _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VHS/ITS/VIH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Anxiété	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladies cardiaques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Varicelle/vaccinée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DPP précédente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Seins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Maladie bipolaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Thromboembolique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Respiratoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Utérus (myomectomie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trouble alimentaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hématologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GI/hépatique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Procédure au col	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schizophrénie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anomalies congénitales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Urinaire/rénal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(ex : LEEP, cône)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dépendance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anomalies génétiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neurologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anesthésie générale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(Voir la partie 2 pour les substances spécifiques)		Consanguinité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Thyroïde/endocrinien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chirurgies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres :		Population à risque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Thromboembolique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					(ex : FK, anémie falciforme, thalassémie)	
Hématologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

Commentaires :

MÉDICAMENTS / PHYTOTHÉRAPIES / PRODUITS EN VENTE LIBRE

ALLERGIES

<input type="checkbox"/> Acide folique préconception Dose : _____ (µg) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Vitamines prénatales <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> Progestérone <input type="checkbox"/> Méthadone/Suboxone	Pas d'allergie connue <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Réactions :
--	--

Version originale au dossier de la mère, copie au dossier du bébé, copie au médecin traitant.

Dossier anténatal (Partie 2)



↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓			
Nom de famille		Prénom	
Adresse - numéro et nom de rue		App./unité	Prov
DDN	Âge à la DPA	DPA (FINALE)	Pronom
Langue : Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____		Interprète <input type="checkbox"/>	
Emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Occupation :	
État matrimonial :		Partenaire impliqué : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
INFORMATIONS DU PARTENAIRE			
Antécédent ethnique ou racial de la mère :		Nom du partenaire :	
<input type="checkbox"/> Acadienne <input type="checkbox"/> Amérique latine <input type="checkbox"/> Asie de l'est <input type="checkbox"/> Asie du sud <input type="checkbox"/> Asie du sud-est <input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Indigène <input type="checkbox"/> Juive <input type="checkbox"/> Moyen-Ouest (Arabe/Asie de l'Ouest) <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Phillipine <input type="checkbox"/> Préfère ne pas dire <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre _____		Âge :	
Niveau d'éducation :		Assistance à l'accouchement :	
Études secondaires complétées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Soins du nouveau-né :	
Le plus haut niveau d'études complété :			
<input type="checkbox"/> Présentement aux études <input type="checkbox"/> Collège ou métier <input type="checkbox"/> Degré universitaire			

MODE DE VIE ET SOCIAL

Discussion	Discuté	Inquiétudes	Référé	Discussion	Discuté	Inquiétudes	Référé
Risques professionnelle/environnement.				Classes sur l'allaitement			
Plan de travail				Fournisseurs de soins en service			
Réseau d'aide				Voyages			
Violence interpersonnelle/sexuelle				Activité sexuelle			
Finances/logement/programme				Mouvement fœtal			
Nutrition				Plan de naissance			
Exercice				Soins postpartum			
Gain de poids				Soins néonataux			
Dépistage de la dépression				Allaitement			
Cours prénataux				Dépistage chez le nouveau-né			
Notes :							

CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Substances	Jamais	Avant grossesse	Pendant grossesse	Date de la dernière utilisation	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantité : _____	<input type="checkbox"/> Quantité : _____		Alcool (SVP, utilisez les questions suivantes.) Q : Avez-vous consommé de l'alcool avant de savoir que vous étiez enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non a) Combien de consommation auriez-vous prit en 24hr? Quantité : _____ Q : Depuis que vous avez su que vous étiez enceinte, avez-vous consommé de l'alcool ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b) Combien de consommation auriez-vous prit en 24hr? Quantité : _____ Date de la dernière consommation : _____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> CBD Quantité : _____	<input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> CBD Quantité : _____		
Vapotage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quantité : _____	<input type="checkbox"/> Quantité : _____		
Est-ce que vous consommez d'autres substances ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Méthamphétamines <input type="checkbox"/> Opioides <input type="checkbox"/> Autres					Notes :

Version originale au dossier de la mère, copie au dossier du bébé, copie au médecin traitant.



Dossier anténatal (Partie 3)

DPA finale	Échographie du premier trimestre : Date : Résultats :	Échographie du deuxième trimestre : Date : Résultats : Localisation du placenta	↓ ETIQUETTE DU PATIENT ↓		
IMC à la 1 ^{ère} visite			Nom de famille	Nom de famille	
			Adresse - numéro et nom de rue	App./unité	Province
			Ville	Code postal	DDN
			Téléphone - Maison/Cellulaire	Téléphone - Travail	
			N° assurance maladie	Expiration	N° dossier hôpital

LABORATOIRE ET IMAGERIE MEDICALE

Échographies / Profils biophysiques							
Date	AG	Résultats		Date	AG	Résultats	
Bilans initiaux				Bilans 24-28 semaines			
Tests		Résultats		Tests		Résultats	
Hémoglobine				Hémoglobine			
Plaquettes				Plaquettes			
ABO/Rh				ABO/Rh			
Dépistage des anticorps	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif		Dépistage des anticorps	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	
HbA1C				Prophylaxie RH donné	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Glycémie à jeun				Titration des anticorps			
Dépistage DG précoce		<input type="checkbox"/> DG			OGCT 50g	1 heure _____	<input type="checkbox"/> DG
Syphilis	<input type="checkbox"/> Non-réactif	<input type="checkbox"/> Réactif		OGTT 75g	À jeun _____		
HbsAG	<input type="checkbox"/> Non-réactif	<input type="checkbox"/> Réactif			1 heure _____		
HIV	<input type="checkbox"/> Non-réactif	<input type="checkbox"/> Réactif			2 heures _____ <input type="checkbox"/> DG		
GC/Chlamydia	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif		Syphilis	<input type="checkbox"/> Non-réactif	<input type="checkbox"/> Réactif	
A/C urine				Bilans 35-37 semaines Date : _____			
Varicelle	<input type="checkbox"/> Immunisée	<input type="checkbox"/> Non-immunisée		Strep. groupe B	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	
Rubéole	<input type="checkbox"/> Immunisée	<input type="checkbox"/> Non-immunisée		GC/Chlamydia	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif	
Dernier test Pap	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal					

Tests additionnels

Test	Résultats	Date	Test	Résultats	Date
Ferritine					
TSH					

Dépistage génétique

<input type="checkbox"/> Conseillé et refusé	Date :	<input type="checkbox"/> Présentation > 20+6 semaines	Date :
Méthode de dépistage	Résultats		Résultats
eFTS (entre 11 – 13+6 semaines)		CVS	
STS (entre 15 – 20+6 semaines)		Amniocentèse	
DPNI (Dépistage prénatal non-invasif)			

Vaccinations

Influenza	DTAP	COVID-19	RSV
Date reçu : _____	Date reçu : _____	Date de la dernière dose : _____	Date reçu : _____
Refusé <input type="checkbox"/>	Refusé <input type="checkbox"/>	Refusé <input type="checkbox"/>	Refusé <input type="checkbox"/>

Version originale au dossier de la personne enceinte, copie au dossier du bébé, copie au médecin traitant.

