

## Dossier Anténatal (Partie 1)

↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓						
Date de naissance		Âge	Profession		<input type="checkbox"/> T. Plein <input type="checkbox"/> T. Partiel	
<b>Antécédent ethnique ou racial : mère</b> <input type="checkbox"/> Moyen-Orient <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Canadien Français <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Descendance Africaine <input type="checkbox"/> Méditerranéen <input type="checkbox"/> Première Nations <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) _____						
<b>Niveau d'éducation</b>		Mère	Part-enaire	<b>État matrimonial</b>		
Sans diplôme d'études secondaires				<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Conjoint (e) de fait		
Diplôme d'études secondaires						
Présentement post-secondaire						
Diplôme d'études collégiales ou d'une école de métier						
Diplôme universitaire						
GROSSESSE ACTUELLE						
Acid folique préconception: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dosage : _____ (µg)						
EXAMEN PHYSIQUE						
Date	TA	Taille (cm)	Poids avant grossesse	IMC	Seins et mamelons	Examen pelvien
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/> (spécifiez)					
MODE DE VIE ET SOCIALE				ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX		
<b>Points discutés</b>		Discuté	Inquiétudes	Référé	<input type="checkbox"/> INCONNUS / ADOPTÉ	
Risques professionnels/ environnementaux					Mère	
Réseau d'aide					Père (Biologique)	
Violence interpersonnelle					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Violence sexuelle						
Finances, logement, etc.						
Cours prénataux						
<b>Alcool</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Verres max./jour : Avant grossesse _____ Actuellement _____				Maladie du cœur Hypertension Diabète Thyroïde Thromboembolique (TVP/ EP) Hématologique		
<b>Cigarettes</b> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Cessé / Date : Cig./jour : Avant grossesse _____ Actuellement _____ Exposition à la fumée secondaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Naissances multiples Anomalies congénitales Anomalies chromosomiques Population à risque (ex : Ashkenazi, consanguinité, FK, heterozygote, Tay-Sachs, thalassémie)		
<b>Marijuana</b> <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Cessé / Date : # Utilisation par jour : Avant la grossesse _____ Actuellement _____				Autres		
<b>Autre usage de drogues</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)				Notes :		

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

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