

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			Adresse- numéro et nom de rue		Apt./bur./unité
Date DDM : _____			Ville	Province	Code Postal
			Téléphone – Maison/Cell		Téléphone - Travail
			# Assurance maladie	Expiration	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/ Préclampsie/ 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	Résultats	Résultats	Offerts à certaines femmes	
PRÉNATALE	Hb & Plq: _____	Groupe sanguin: _____	Résultats	
Date: _____	HbsAg: _____	VIH: _____	Varicelle: _____	
Date du PAP: _____	Rubéole: _____	Chlamydia: _____	Hépatite C: _____	
Résultats: _____	Syphilis: _____	Gonorrhée: _____	RH du père: _____	
	ABO/ Rh: _____	Urine C&S: _____	TSH: _____	
			Dépistage du diabète: _____	
			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	
	Date :			
28-32 SEMAINES	Échelle de dépression Édimbourg Pointage : _____ Suivi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Reçu un diagnostic COVID-19 pendant la grossesse en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À l'intention d'allaiter : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
35-37 SEMAINES	Date Strep. Groupe B:	Résultats:	<input type="checkbox"/> Refusé	
Autres résultats de test de labo/de diagnostic:				

PROCÉDURES SPÉCIALES/ TESTS

Amniocentèse / BVC

Date: _____

Résultats: _____

DPNI:

Date: _____

Résultats: _____

VACCINATIONS

Influenza

Date: _____

Refusé

DTaP

Date: _____

Refusé

Covid-19

Reçu un vaccin contre la COVID-19

Oui Non

Nombre de doses

Date: _____

Signature: _____

Originale dossier Clinique mère, copie dossier Clinique bébé, copie médecin traitant