

Dossier Anténatal (Partie 3)

↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓												
Nom de famille				Prénom								
Adresse- numéro et nom de rue								Apt./bur./unité				
Ville				Province				Code Postal				
Téléphone- Maison/ Cell				Téléphone - Travail								
N° assurance maladie				Expiration				N° dossier hôpital				
Groupe sanguin:		Échographie T1 Date: _____ Résultats: _____				Échographie T2 Date: _____ Résultats: _____						
SGB:												
MATERNEL / FOETAL												
Facteurs de risque identifiés			Plan de gestion				Consultations			Hospitalisations		
ÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES												
DPA			ÂGE		G	P	T	A	V	IMC pré-grossesse		
Date	Âge de gest.	HU	Poids	T.A.	Proté- néinurie	RCF RCM	Position act.	Commentaires			Prochaine visite	Init.
Signature:					Initiales:			Signature:			Initiales:	
Signature:					Initiales:			Signature:			Initiales:	
Signature:					Initiales:			Signature:			Initiales:	
SUJETS DE DISCUSSION												
Nutrition		Gain de poids		Exercice		Activité sexuelle		Soins postpartum		Rencontres prénatales		
Voyages		Plan de travail		Mouvement foetal		RPM / HA		Plan de naissance		Contraception		
Dépistage de la dépression		Dépistage SGB		Classes sur l'allaitement		Dépistage chez le nouveau-né		Soins néonataux		Fournisseurs de soins en service		

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