

**DOSSIER OBSTÉTRICAL**  
**OBSERVATION MÉDICALE,**  
**FACTEURS DE RISQUE**  
**ET PLAN DE TRAITEMENT**



DT9072

Nom à la naissance	Prénom(s)
N° d'assurance maladie	
Adresse	

EXAMEN PHYSIQUE						
Taille	m	Poids avant grossesse (masse)	kg	Poids actuel (masse)	kg	IMC
Tension artérielle		Thyroïde				
Cou	Cœur			Poumons		
Seins	Abdomen		Membres inférieurs		Périnée	
Vagin	Col		Utérus		Annexes	
Cytologie faite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dépistage des ITSS :	<input type="checkbox"/> Gonorrhée	<input type="checkbox"/> Chlamydia	Correspondance entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse	
Particularités						

FACTEURS DE RISQUE ET PLAN DE TRAITEMENT	
Facteurs de risque (description)	Plan (recommandations, conduite, etc.)
<b>Travail pré-terme</b> - anomalie utérine - incompétence du col - travail ou accouchement prématuré antérieur - col court ou dilaté - infection - grossesse multiple - risque ergonomique - autres : _____	
<b>Restriction de croissance intra-utérine</b> - antécédent de bébé de petit poids - condition médicale (diabète, HTA) - petite taille (< 1,50 m) - gain de poids < 8 kg à terme - poids prégravide < 45 kg - cigarettes - niveau socio-écono. défavorisé - autres : _____	
<b>Hypertension artérielle</b>	
<b>Diabète</b>	
<b>Âge maternel</b> Adolescence Âge maternel avancé	
<b>Anomalies congénitales</b>	
<b>Présence d'ITSS</b> <b>Présence de facteurs de risque pour les ITSS</b> Pertinence de répéter le dépistage Counseling pour diminuer le risque	
<b>Grossesse après fécondation <i>in vitro</i></b> Traitements de fertilité, etc.	
<b>AVAC</b>	

Signature \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour

INFORMATION TRANSMISE Dépliant sur le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire

2