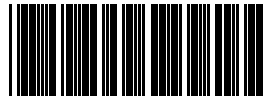


**DOSSIER OBSTÉTRICAL
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**



DT9080

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

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Hb	Date (A, M, J)	Date (A, M, J)	TSH
Glycémie	à jeun	post 50 g	post 75 g
Groupe et Rh de la mère	Anticorps	Urine	
Dépistage ITSS	<input type="checkbox"/> Gonorrhée <input type="checkbox"/> Chlamydia	Winrho	Date (A, M, J) Date (A, M, J)
Immunité Sérologie	Rubéole : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBsAg : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Syphilis : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Dépistage T21	Clarté nucale	Parvo B-19	Varicelle
Échographie	Risque selon	PQDPT21	Autres
Amniocentèse	Date (A, M, J)	Âge clinique	Âge échographique
		Placenta	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultats :
Vaccination	Rubéole en pp : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle en pp : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Influenza : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SUJETS DE DISCUSSION POSSIBLES

Conseils génétiques <input type="checkbox"/>	Routine hospitalière <input type="checkbox"/>	Anesthésie-Analgésie <input type="checkbox"/>	Séjour hospitalier (mère – nouveau-né) <input type="checkbox"/>
Voyages <input type="checkbox"/>	Accompagnant(e) <input type="checkbox"/>	Ventouses, forceps <input type="checkbox"/>	Cohabitation <input type="checkbox"/>
Activités sexuelles <input type="checkbox"/>	Chambre de naissance <input type="checkbox"/>	Episiotomie <input type="checkbox"/>	Allaitement <input type="checkbox"/>
Exercices, sports <input type="checkbox"/>	Surveillance durant le travail <input type="checkbox"/>	Massage du périnée <input type="checkbox"/>	Circuncision <input type="checkbox"/>
Cours prénatals <input type="checkbox"/>	Monitoring <input type="checkbox"/>	Césarienne <input type="checkbox"/>	Contraception <input type="checkbox"/>
Disponibilité médicale <input type="checkbox"/>	Craintes, peurs <input type="checkbox"/>	Position et techniques d'accouchement <input type="checkbox"/>	Ressources financières <input type="checkbox"/>
Alimentation <input type="checkbox"/>	Risques d'ITSS <input type="checkbox"/>	Dépistage néonatal sanguin et urinaire <input type="checkbox"/>	Ressources à la maison <input type="checkbox"/>
Violence conjugale <input type="checkbox"/>			

Commentaires