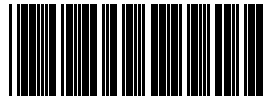


**DOSSIER OBSTÉTRICAL  
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**



DT9080

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

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

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