

**DOSSIER OBSTÉTRICAL
OBSERVATION MÉDICALE**



DT9104

Nom à la naissance				Prénom(s)				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	ÂGE	Ind. rég.	N° téléphone		
N° d'assurance maladie								
Adresse								
Nom du conjoint				Âge	Problèmes médicaux et antécédents familiaux			

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Hypertension, diabète, cardiopathie, grossesse multiple, anomalies, maladies génétiques, thrombophilie, complications obstétricales

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (0 : NÉGATIF, + : ANORMAL, — : NE S'APPLIQUE PAS)

Maladies cardiaques	Diabète	Transfusions de sang	ITSS	Asthme
Hypertension artérielle	Affections de la thyroïde	Incompatibilité Rh/ABO	Hépatite B (aiguë <input type="checkbox"/> / porteur <input type="checkbox"/>	Allergies
TPP ou EP	Épilepsie	Maladies neuro-psychiatriques	Herpès génital conjoint <input type="checkbox"/>	
Maladies rénales	Dyscrasies sanguines	Antécéd. chirurgicaux (préciser)	Varicelle	

Préciser :

ANTÉCÉDENTS MENSTRUELS

Cycle jours	D.D.M.			D.P.A.			Date test grossesse + le :			Date transfert d'embryon		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

GROSSESSES ANTÉRIEURES

Nombre total de grossesses antérieures				À terme		Prématurées		Avortement		Enfants vivants		
N°	Date			Lieu	Durée de la grossesse (sem.)	Durée du travail/h	Mode d'accouchement	Type d'anesthésie	♂ ou ♀	Masse (kg)	Particularités	
	Année	Mois	Jour								Chez la mère	

Remarques :

GROSSESSE ACTUELLE (revue des systèmes)

Nausées et vomissements	RGO	Céphalées	Saignement	Symptômes urinaires
Constipation	Oedème	Pertes vaginales	Douleurs abdominales	

Remarques :

HABITUDES DE VIE ET ENVIRONNEMENT

Irradiations, radiographie	Alimentation	Drogues	Café	Socio-culturel
Traumatismes	Médicaments	Alcool	Prise d'acide folique	Ethno-culturel
Contact chat	Vaccins	Cigarettes (nombre)	Risque infectieux	Occupation

Remarques :

Signature _____ Date

Année	Mois	Jour

INFORMATION TRANSMISE

Dépliant sur le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21

1