



**DOSSIER OBSTÉTRICAL**  
**Examens complémentaires**

Établissement :																												
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>Urine</b>																					
<b>Groupe et Rh de la mère</b>			Anticorps			<b>Winrho</b>	Date (A, M, J)	Date (A, M, J)																				
<b>Dépistage ITSS</b>	<input type="checkbox"/> Gonorrhée	<input type="checkbox"/> Chlamydia	HBsAg :	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	Syphilis :	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	VIH : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -																			
<b>Immunité Sérologie</b>	Rubéole: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Parvo B-19	Varicelle	Toxo																								
<b>Dépistage T21</b>	Clarté nucale	<b>Risque selon</b>	PQDPT21	Autres																								
Échographie							Amniocentèse																					
Date (A, M, J)	Âge clinique	Âge échographique	Placenta				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non																				
<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							Amniocentèse																					
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"/>	Césarienne <input type="checkbox"/>	Circoncision <input type="checkbox"/>	Cours prénatals <input type="checkbox"/>	Monitoring <input type="checkbox"/>	Position et techniques d'accouchement <input type="checkbox"/>	Contraception <input type="checkbox"/>	Disponibilité médicale <input type="checkbox"/>	Craintes, peurs <input type="checkbox"/>	Dépistage néonatal sanguin et urinaire <input type="checkbox"/>	Ressources financières <input type="checkbox"/>	Alimentation <input type="checkbox"/>	Risques d'ITSS <input type="checkbox"/>	Ressources à la maison <input type="checkbox"/>	Violence conjugale <input type="checkbox"/>
Commentaires																												
<input type="checkbox"/> Dossier de l'usager <input type="checkbox"/> Médecin traitant																												