



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

Établissement :					
<b>EXAMEN PHYSIQUE</b>					
Taille m	Poids avant grossesse (masse) kg	Poids actuel (masse) kg	IMC	Tension artérielle	Thyroïde
Cou	Coeur	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					
<b>FACTEURS DE RISQUE ET PLAN DE TRAITEMENT</b>					
<b>Facteurs de risque (description)</b>			<b>Plan (recommandations, conduite, etc.)</b>		
<b>Travail pré-terme</b> - anomalie utérine      - incompétence du col      - travail ou accouchement - col court ou dilaté    - infection                      prématurité antérieure - grossesse multiple    - risque ergonomique - autres : ...			_____ _____		
<b>Restriction de croissance intra-utérine</b> - antécédent de bébé de petits poids      - condition médicale (diabète, HTA)      - petite taille (< 1, 50 m) - cigarettes                      - gain de poids < 8 kg à terme      - poids prégravide - niveau socio-écono. défavorisé      < 45 kg - 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> <b>Traitement de fertilité, etc.</b>			_____		
<b>AVAC</b>			_____		
Signature _____			Date	Année   Mois   Jour	<input type="checkbox"/> Dossier de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Médecin traitant
<input type="checkbox"/> INFORMATION TRANSMISE Dépliant sur le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire					