



DOSSIER OBSTÉTRICAL
Examens complémentaires

Établissement :																												
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES																												
Hb		Date (A, M, J)		Date (A, M, J)	TSH																							
Glycémie	à jeun		post 50 g		post 75 g		Urine																					
Groupe et Rh de la mère			Anticorps			Winrho	Date (A, M, J)	Date (A, M, J)																				
Dépistage ITSS	<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"/> -																			
Immunité Sérologie	Rubéole: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Parvo B-19	Varicelle	Toxo																								
Dépistage T21	Clarté nucale	Risque selon	PQDPT21	Autres																								
Échographie						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"/>	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																												
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Dossier de l'utilisateur																												