

Fiche de liaison - Grossesse à risque

Nom de la maternité :

Patiente Nom - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Motif de suivi à domicile :

Gynéco-obstétricien référent : Téléphone de liaison :	Sage-femme libérale : Sage-femme PMI :
Autres intervenants spécialistes :	
Entretien prénatal précoce : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Staff MPS : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
CPDPN :	
Marqueurs-DPNI :	

Gestité : Date début de grossesse : Terme prévu :	Parité : Grossesse : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> gémellaire <input type="checkbox"/> triple Chorionicité : <input type="checkbox"/> Bi-Bi <input type="checkbox"/> Mono-Bi <input type="checkbox"/> Mono-Mono
Antécédents médicaux et chirurgicaux : <input type="checkbox"/> Toxiques <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Tabac Prise en charge :	Antécédents obstétricaux :
Groupe sanguin : Carte de groupe : RAI : Rhésus fœtal : Sériologies récentes + date : Rubéole : HIV : TPHA : PV :	Corticoïdes : Produit : Dose : Date : Anti-D : Date : Dose : <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 400

Si hospitalisation pathologique, motif :

