



## DOSSIER OBSTÉTRICAL DES RÉSEAUX DE SOINS PÉRINATALS

Madame,

Vous êtes enceinte et votre médecin ou sage femme, vous a remis votre dossier médical.

Ce dossier a été élaboré par des médecins et sages femmes de façon à améliorer votre suivi de grossesse jusqu'à la naissance de votre enfant. Dans un grand nombre de régions, les professionnels se sont organisés pour travailler en réseau, il existe quatre réseaux de soins périnatals dans le Nord Pas-de-Calais, celui de l'Artois (bien naître en Artois), du Hainaut (réseau périnatalité Hainaut), du Littoral (réseau Pauline) et de la Métropole lilloise (réseau Ombrel).

Ce dossier médical peut être utilisé par tous les professionnels que vous consultez : votre médecin traitant, votre gynécologue-obstétricien, une sage-femme, la consultation de PMI, ou tout autre médecin, que ce soit en ville ou maternité. Il permet aux professionnels de prendre facilement connaissance de toutes les informations médicales qui vous concernent. Pour vous, c'est le moyen de lire à tout moment les observations de votre dossier médical, et de mieux comprendre le déroulement de votre grossesse et son suivi.

Les maternités et certains professionnels utilisent une couverture bleue associée au dossier médical : elle permet de résumer les informations de votre dossier et elle est conservée par le médecin ou la sage-femme pour enregistrer le dossier. Sachez également qu'après l'accouchement, ou en cas d'hospitalisation durant la grossesse, la maternité conservera tout votre dossier,

Ce dossier médical est **personnel** et contient des informations précieuses pour **garantir la qualité du suivi de votre grossesse et de la naissance de votre enfant**. Prenez-en soin et emmenez-le avec vous à chaque fois que vous consultez un professionnel de la naissance ou tout autre professionnel de la santé, et surtout lorsque vous viendrez accoucher à la maternité.



# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MÈRE

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age    Origine Géographique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :       Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_ Tél. Prof. : \_\_\_\_\_

En Activité  Profession : \_\_\_\_\_ Chômage  Sans Profession

## STATUT MARITAL

Mariée  Vit Maritalement  Célibataire  Autre

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance    Taille : \_\_\_\_\_ Origine Géographique : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Groupe Sanguin : \_\_\_\_\_

Antécédents particuliers : \_\_\_\_\_

## GROSSESSE

Antécédents : \_\_\_\_\_

Pathologie de la grossesse : \_\_\_\_\_

Grossesse suivie : oui  non

Grossesse non suivie avant 22 semaines

## ACCOUCHEMENT

Voie : \_\_\_\_\_ Terme : \_\_\_\_\_ SA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SUITES DE COUCHES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## NOUVEAU-NÉ

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Pathologie : \_\_\_\_\_

## HOSPITALISATION

De Jour \_\_\_\_\_ Nombre

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

Classique \_\_\_\_\_ Nombre

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ motif : \_\_\_\_\_

Accouchement \_\_\_\_\_ Nombre de jour

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nbre total de jours d'hospitalisation :

## TRANSFERT IN UTERO

Motif : \_\_\_\_\_

Maternité d'origine : \_\_\_\_\_

Maternité d'accueil : \_\_\_\_\_

ReTransfert : \_\_\_\_\_

# ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX DE LA PATIENTE

MÈRE

PÈRE

HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD Thrombo-Emboliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies Héréditaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANTÉCÉDENTS NON OBSTETRICAUX

Non  Oui

• Médicaux

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HTA	Diabète
Infections Urinaires Récidivantes	Phlébite
Epilepsie	Asthme

• Chirurgicaux

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Transfusion Non  Oui  Préciser : \_\_\_\_\_

• Allergies \_\_\_\_\_

• Tabac : Avant Grossesse : Nb  Pendant Grossesse : Nb

• Alcool : Avant : 0  occasionnellement  quotidiennement  Nb de verres/jour   
Pendant : 0  occasionnellement  quotidiennement  Nb de verres/jour

• Toxicomanie : Avant : Non  Oui  Pendant : Non  Oui   
Type de Produit : \_\_\_\_\_ Substitution \_\_\_\_\_

CO expiré : \_\_\_\_\_

Nombre de grossesses antérieures

## ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contraception, aide à la procréation... : \_\_\_\_\_

Désir de Grossesse > 1 an Non  Oui

Frottis cervico-vaginal récent Non  Oui

## ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Date lieu	Age gest	Grossesse	Issue Accouchement, avortement...	Nouveau-né Suites de couches Allaitement

- **Nombre d'accouchements ≥ 22 semaines d'aménorrhée**
- Voies basses  Césariennes
- Accouchements prématurés ( $\leq$  36 SA + 6 j)
- Morts périnatales, IMG exceptées (22 SA à 7 jours de vie)
- **Nombre de grossesses interrompues ≤ 22 semaines d'aménorrhée**
- Avortements spontanés  Nombre de GEU  Nombre d'IVG
- **Nombre d'interruptions médicales de grossesse**

# CONSULTATIONS PRÉNATALES (PROGRAMMÉES OU EN URGENCE)

D.D.R. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

D.D.G. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Terme Prévu \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

S.S. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Age \_\_\_\_ Taille \_\_\_\_  
Poids \_\_\_\_ BMI \_\_\_\_

Nombre de foetus : \_\_\_\_ Gestité : \_\_\_\_  
Type : \_\_\_\_ Parité : \_\_\_\_  
(si grossesse multiple)

**DIAGNOSTIC ANTÉNATAL**

**Facteurs de risque :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prélèvements Anténataux :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ÉCHOGRAPHIE**

le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_ à \_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_

Date Praticien	Age Gest	Signes Fonctionnels	MA	B d C	HU	Examen Clinique
						Ex seins : Auscultation cardiaque :