



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).

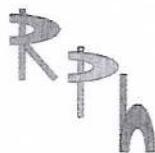
Ce dossier médical peut être utilisé par tous les professionnels que vous consultez : votre médecin traitant, votre gynécologue-obstétricien, une sage-femme, la consultation de PMI, ou tout autre médecin, que ce soit en ville ou maternité. Il permet aux professionnels de prendre facilement connaissance 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.



www.bien-naître-en-artois.com



Réseau Périnatalité Hainaut

www.perinatalite.org



www.reseau.pauline.free.fr



www.ombrel.fr

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 : _____

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 Héritaires	<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

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 :
(si grossesse multiple)

Parité : ____

DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

Facteurs de risque :

Prélèvements Anténataux :

ÉCHOGRAPHIE

le ____ à ____ SA _____

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