

Dossier Anténatal (Partie 1)

↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓						
Date de naissance		Âge	Profession		<input type="checkbox"/> T. Plein <input type="checkbox"/> T. Partiel	
Antécédent ethnique ou racial : mère <input type="checkbox"/> Moyen-Orient <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Canadien Français <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Descendance Africaine <input type="checkbox"/> Méditerranéen <input type="checkbox"/> Première Nations <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) _____						
Niveau d'éducation		Mère	Part-enaire	État matrimonial		
Sans diplôme d'études secondaires				<input type="checkbox"/> Célibataire		
Diplôme d'études secondaires				<input type="checkbox"/> Marié (e)		
Présentement post-secondaire				<input type="checkbox"/> Divorcé (e)		
Diplôme d'études collégiales ou d'une école de métier				<input type="checkbox"/> Séparé (e)		
Diplôme universitaire				<input type="checkbox"/> Veuf (ve)		
				<input type="checkbox"/> Conjoint (e) de fait		
INFORMATIONS DU PÈRE / PARTENAIRE / DONNEUR						
Nom de famille		Prénom				
Profession				<input type="checkbox"/> T. Plein <input type="checkbox"/> T. Partiel		
				Âge		
FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ						
Médecin de famille / IP		Assistance à l'accouchement :		Soins du nouveau-né		
		<input type="checkbox"/> OBS <input type="checkbox"/> sage-femme <input type="checkbox"/> Médecin de famille		<input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Médecin de famille/IP		
GROSSESSE ACTUELLE						
Acid folique préconception: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dosage : _____ (µg)						
EXAMEN PHYSIQUE						
Date	TA	Taille (cm)	Poids avant grossesse	IMC	Seins et mamelons	
Examen pelvien						
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/> (spécifiez)					
MODE DE VIE ET SOCIALE			ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
Points discutés	Discuté	Inquiétudes	Référé	<input type="checkbox"/> INCONNUS / ADOPTÉ	Mère	Père (Biologique)
Risques professionnels/ environnementaux				Maladie du cœur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Réseau d'aide				Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Violence interpersonnelle				Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Violence sexuelle				Thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Finances, logement, etc.				Thromboembolique (TVP/ EP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cours prénataux				Hématologique		
Alcool <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Naissances multiples			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Verres max./jour :			Anomalies congénitales			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avant grossesse _____			Anomalies chromosomiques			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Actuellement _____			Population à risque (ex : Ashkenazi, consanguinité, FK, heterozygote, Tay-Sachs, thalassémie)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cigarettes <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Cessé / Date :			Autres			
Cig./jour :			Notes :			
Avant grossesse _____						
Actuellement _____						
Exposition à la fumée secondaire :						
Marijuana <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Cessé / Date :						
# Utilisation par jour :						
Avant la grossesse _____						
Actuellement _____						
Autre usage de drogues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Précisez)						

Date: _____

Signature: _____