PérinatalNB

# Dossier Anténatal (Partie 2)

| ↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓ | | | |
|---|---|---|---|
| Nom de famille | Prénom | | |
| Adresse- numéro et nom de rue | | Apt./bur./unité | |
| Ville | Province | Code Postal | |
| Téléphone – Maison/Cell | Téléphone - Travail | | |
| # Assurance maladie | Expiration | N° dossier d'hôpital | |

| DPA FINALE: | MÉTHODE DE DATATION: □ Écho T1 □ TRA □ Écho T2 □ Autre | MÉTHODE DE CONCEPTION □ Spontanée □ TRA *Spécifiez :* □ *IO* □ *IUI* □ *FIV* □ *ICSI* |
|---|---|---|
| **Grossesse sur contraceptif: □ Oui □ Non** **Date DDM : _____** | | |

## ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRIQUES

| Gravida | À terme | Prématuré | Avortement | (Induit | Spontané ) | Vivant | Enfants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Date | Lieu de naissance/ avortement | Heures de travail | Âge gest. | Type de naissance | Complications périnatales | Sexe | Poids naissance | Allaitement | Santé actuelle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | □ O □ N | |
| | | | | | | | | □ O □ N | |
| | | | | | | | | □ O □ N | |
| | | | | | | | | □ O □ N | |
| | | | | | | | | □ O □ N | |
| | | | | | | | | □ O □ N | |

## ANTÉCÉDENT MÉDICAUX

| | | | | | | **Allergies/ Sensibilités** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GI/ HépatiQUE | □ O □ N | Varicelle | □ O □ N | Neurologique | □ O □ N | |
| Urinaire/ Rénale | □ O □ N | Transfusion sanguine | □ O □ N | Respiratoire | □ O □ N | |
| Anesthésie | □ O □ N | Santé mentale | □ O □ N | Cardio-vasculaire | □ O □ N | |
| Hypertension/ Prééclampsie/ Éclampsie | □ O □ N | Diabètes/ Thyroïde/ Endocrine | □ O □ N | Thromboembolique/ Hématologique | □ O □ N | |
| ITS / VHS | □ O □ N | Procédure utérine *(LEEP, cône, myomectomie)* | □ O □ N | Autre: | □ O □ N | |
| Chirurgies | □ O □ N | | | | | |

Commentaires:

## TESTS DE LABORATOIRE ET D'IMAGERIE MÉDICALE

| **PREMIÈRE VISITE PRÉNATALE** | **Résultats** | **Résultats** | **Offerts à certaines femmes** | **Résultats** |
|---|---|---|---|---|
| Date: _____ | Hb & Plq: _____ | Groupe sanguin: _____ | | |
| Date du PAP: _____ | HbsAg: _____ | VIH: _____ | Varicelle: | _____ |
| Résultats: _____ | Rubéole: _____ | Chlamydia: _____ | Hépatite C: | _____ |
| | Syphillis: _____ | Gonorrhée: _____ | RH du père: | _____ |
| | ABO/ Rh: _____ | Urine C&S: _____ | TSH: | _____ |
| | | | Dépistage du diabète: | _____ |
| | | | Autres: | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **9-13+6 SEMAINES** | Dépistage sérologique maternel : □ Discuté □ Refusé □ Accepté / Date: _____ Clarté nucale / Date:_____ | | | |
| **15-20+6 SEMAINES** | Dépistage sérologique maternel: □ Discuté □ Refusé □ Accepté / Date: _____ | | | |
| **24-28 SEMAINES** | □ FSC □ GTT □ Dépistage des anticorps □ Dépistage du diabète *(dépistage de l'hyperglycémie 1 heure PC 50g)* | | | |
| **28 SEMAINES** | Immunoglobulines anti-Rho (D) administrées □ Oui □ Non Date : | | Éligibilité AVAC : □ Oui □ Non | |
| **28-32 SEMAINES** | Échelle de dépression Édimbourg Pointage : _____ Suivi : □ Oui □ Non | Cours prénataux : □ Oui □ Non | Éducation Allaitement : □ Oui □ Non | À l'intention d'allaiter : □ Oui □ Non |
| **35-37 SEMAINES** | Date Strep. Groupe B: | Résultats: | | □ Refusé |

**Autres résultats de test de labo/ de diagnostic:**

**Médicaments/ Phytothérapies/ Produits en vente libre**

**PROCÉDURES SPÉCIALES/ TESTS**

**Amniocentèse / BVC**
Date:
Résultats:

**DPNI:**
Date:
Résultats:

**VACCINATIONS**

**Influenza**
Date: _____
□ Refusé

**DTaP**
Date: _____
□ Refusé

Date: _____ Signature: _____

***Originale dossier Clinique mère, copie dossier Clinique bébé, copie médecin traitant***