

Dossier Anténatal (Partie 3)

↓ ÉTIQUETTE DU PATIENT ↓												
Groupe sanguin:			Échographie T1 Date: _____ Résultats:			Échographie T2 Date: _____ Résultats:			Nom de famille		Prénom	
SGB:									Adresse- numéro et nom de rue		Apt./bur./unité	
									Ville		Province	
									Téléphone- Maison/ Cell		Téléphone - Travail	
									N° assurance maladie		Expiration	
											Code Postal	
											N° dossier hôpital	
MATERNEL / FOETAL												
Facteurs de risque identifiés			Plan de gestion			Consultations			Hospitalisations			
ÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES												
DPA			ÂGE		G	P	T	A	V	IMC pré-grossesse		
Date	Âge de gest.	HU	Poids	T.A.	Proté- néinurie	RCF RCM	Position act.	Commentaires			Prochaine visite	Init.
Signature:					Initiales:		Signature:			Initiales:		
Signature:					Initiales:		Signature:			Initiales:		
Signature:					Initiales:		Signature:			Initiales:		
SUJETS DE DISCUSSION												
Nutrition		Gain de poids		Exercice		Activité sexuelle		Soins postpartum		Rencontres prénatales		
Voyages		Plan de travail		Mouvement foetal		RPM / HA		Plan de naissance		Contraception		
Dépistage de la dépression		Dépistage SGB		Classes sur l'allaitement		Dépistage chez le nouveau-né		Soins néonataux		Fournisseurs de soins en service		

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