

**Feuille de renseignements cliniques  
en cas de mort fœtale ou néonatale**

<b>Cachet du service prescripteur :</b>   <b>Date :</b> ...../...../.....	<b>Examen demandé par :</b>  .....  <b>Service :</b> .....
--	--

**Date et heure d'arrivée dans le service en charge des examens fœto-placentaires et néonataux :** .....

**Identification de l'ENFANT ou du FŒTUS**

Numéro d'identification permanent (NIP) : .....  
 Nom, prénom : .....  
 Date et heure de constatation de la mort : .....  
 Date et heure de l'accouchement/expulsion : .....  
 Date et heure de la manœuvre fœticide (si IMG) : .....  
 Lieu d'accouchement/expulsion : .....

**Identification de la MÈRE**

Numéro d'identification permanent (NIP) : .....  
 .....  
 Nom patronymique : .....  
 Prénom : .....  
 Nom d'épouse : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Poids : .....  
 Taille : .....  
 Profession : .....  
 Groupe de population :  
 Afrique  Asie  Caucase

**Identification du PÈRE**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance (ou âge) : .....  
 Poids : .....  
 Taille : .....  
 Groupe de population :  
 Afrique  Asie  Caucase

**ANTECEDENTS MEDICAUX PARENTAUX ET FAMILIAUX**

Lien de parenté entre les conjoints :  non  oui (préciser) : .....  
 Pathologie(s) parentale(s) ou familiale(s) connue(s) :  
 non  oui (préciser) : .....

Conduite(s) addictive(s), exposition(s) à des toxiques, prise(s) médicamenteuse(s) :  
 non  oui (préciser) : .....

**ANTECEDENTS MATERNELS OBSTETRICAUX**

Gestité : ..... Parité : .....  
Naissance(s) vivante(s) :  non  oui Nombre : .....