

Pathologie(s) éventuelle(s) :

Fausse(s) couche(s) spontanée(s) / mort(s) fœtale(s) in utero antérieure(s) :

non       oui      Nombre : .....

Terme (en SA) : .....

Pathologie(s) (préciser) : .....

IMG antérieure(s) :

non       oui      Nombre : .....

Terme (en SA) : .....

Pathologie(s) (préciser) : .....

**GROSSESSE ACTUELLE**

Terme : ..... SA et ..... jours

Pathologie au cours de la grossesse :       non       oui

Préciser la pathologie et les anomalies éventuellement constatées : .....

Échographies :       normales       pathologiques (préciser) : .....

Caryotype :       non       oui       en cours

Date et mode d'obtention : .....

Laboratoire : .....

Résultat :       normal       pathologique (préciser) : .....

Autres examens prénataux :       non       oui (préciser lesquels) : .....

Préciser les anomalies éventuellement constatées : .....

Accouchement :       normal       pathologique (préciser) : .....

Si IMG, y a-t-il eu fœticide :       non       oui (drogues utilisées à préciser) : .....

Examens cliniques et paracliniques effectués en maternité :

non       oui (préciser lesquels et joindre les résultats) : .....