

IDENTITÉ PATIENTE

Nom/Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :

ANTÉCÉDENTS ET CONTEXTE

ATCD obstétricaux :
ATCD médicaux/chirurgicaux :
Facteurs de risques particuliers :
Contexte psycho social particulier :
Groupe sanguin :

CONTEXTE OBSTÉTRICAL - DATE DE CONSULTATION :

DDR : AG estimé : SA J ☐ Grossesse spontanée ☐ PMA
Échographie : Date : Longueur sac gesta : LCC :
Localisation : ☐ GIU ☐ GLI ☐ GEU
Béta HCG : Date : Taux :
Symptomalogie :
Diagnostic évoqué : ☐ Suspicion arrêt de grossesse ☐ Arrêt de grossesse ☐ Expulsion en cours
☐ Suspicion GEU ☐ Autre :
Prise en soins initiée : ☐ Expectative ☐ Orientation établissement pour chirurgie
☐ Traitement médicamenteux : Molécule(s) et posologie :
Date d'administration :
Prescription d'antalgiques : Molécule(s) et posologie :
Immunoglobines anti-D (selon centre référent) : ☐ Oui ☐ Non

INFORMATION DÉLIVRÉE

Situation clinique : ☐ Oui ☐ Non
Options de prise en soin : ☐ Oui ☐ Non
Signes d'alerte : ☐ Oui ☐ Non
N° urgence : ☐ Oui ☐ Non
Soutien psychologique : ☐ Oui ☐ Non

SUIVI PROGRAMMÉ

Arrêt de travail :	☐ Oui ☐ Non
Contrôle échographique :	☐ Oui ☐ Non
Date échographique :	
Contrôle bêta HCG :	☐ Oui ☐ Non
Date bêta HCG :	
Date d'intervention :	
Date prise médicaments :	
Date consultation de contrôle :	
Orientation :	☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez :	

PRISE EN SOIN RETENUE (DÉCISION PARTAGÉE FEMME-COUPLE /PROFESSIONNEL DE SANTÉ)

.....

IDENTITÉ PROFESSIONNEL/TAMPON

Nom/Prénom :
Fonction :
Téléphone :