

**A faxer au 03.83.28.48.79**

Etiquette patiente

Adresse : .....

.....

Bâtiment :..... Etage :..... Sonnette : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse :..... Mutuelle : .....

Médecin traitant : .....

Motifs d'hospitalisation : du ..... au ..... au terme de ..... SA

Pour : .....

.....

Admission en HAD le :..... au terme de ..... SA

Pour :  Aggravation HTA gravidique/chronique modérée (PAS<160, PAD<110) isolée sans protéinurie associée à RCIU modéré (5-10ème percentile) en l'absence d'ATCD notables

Cholestase

Diabète préalable/gestationnel avec objectifs glycémiques non atteints (glyc>1,5g/l après enregistrement pendant 7, 14 et 30 jours)

RCIU modéré (5-10ème percentile)

Lupus et syndrome APL

Thrombophilie génétique en cas d'antécédent notable (MFIU) et/ou complications en cours de grossesse (RCIU)

Pathologie psychiatrique

ATCD MFIU

MAP en l'absence d'offre de soin alternative

Placenta prævia en situation stable

Rupture prématurée des membranes

Autres : .....

.....

Prochains rendez-vous :

- Gynécologue obstétricien : .....
- Echographiste : .....
- Anesthésiste : .....
- Sage-femme : .....

ANTECEDENTS :

BMI : ..... GS : ..... Allergies : .....

Médicaux / Chirurgicaux : .....

Obstétricaux : .....

.....

.....

Etiquette patiente

Grossesse actuelle :

Gestité : ..... Parité : ..... DG : ..... AP : .....

Spontanée :  Oui  Non

AMP :  Stimulation  FIV  IAD  Autres

Placenta :

Normalement inséré  Bas inséré  Recouvrant

Utérus cicatriciel :  Oui  Non

Caryotype fœtal :  Oui  Non

**SEROLOGIES : (Faxer les copies du dernier bilan hospitalier)**

Sérologie	Date	Résultat		A refaire le :
RAI		+	-	
BW		+	-	
Toxoplasmosse		+	-	
Rubéole		+	-	
HBS		+	-	
HIV		+	-	
Dépistage DG		+	-	
PV		+	-	

Maturation fœtale par corticothérapie faite les : .....

Examen de sortie : ..... Terme de : .....SA

HU : ..... Présentation : ..... Col : .....

**TRAITEMENT DE SORTIE (faxer les ordonnances) :**

**SURVEILLANCE HAD :**

Surveillance obstétricale par SFL : ...../ semaine tous les jours

avec ..... RCM ...../sem tous les jours

Prélèvements sanguins : ..... fois/semaine

Prélèvements bactériologiques : ..... fois/semaine

DATE : ..... Nom du médecin prescripteur : .....

Signature :