



## Demande d'admission en HAD obstétrique (ante-partum pathologique) - Joeuf

FM06bis / PC / PEC / 04  
Accueil

Version 1  
MAJ : 27/07/2020

1/2

**Contactez la sage-femme de liaison au : 03.82.47.52.91**  
**A faxer au 03.82.47.53.41**

Etiquette patiente

A remplir en l'absence de SF de liaison

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 : .....

Grossesse multiple

Prochains rendez-vous :

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

A remplir en l'absence de CR d'hospitalisation

**ANTECEDENTS :**

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

Médicaux / Chirurgicaux : .....

Obstétricaux : .....



## Demande d'admission en HAD obstétrique (ante-partum pathologique) - Joeuf

FM06bis / PC / PEC / 04  
AccueilVersion 1  
MAJ : 27/07/2020

2/2

<b>A remplir en l'absence de CR d'hospitalisation</b>	Grossesse actuelle : ..... Si gemellaire, chorionicité : .....
Étiquette patiente	Gestité : ..... Parité : ..... DG : ..... AP : .....
	Spontanée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	AMP : <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> IAD <input type="checkbox"/> Autres
	Placenta :
	<input type="checkbox"/> Normalement inséré <input type="checkbox"/> Bas inséré <input type="checkbox"/> Recouvrant
	Utérus cicatriciel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	HT2I : ..... DPNI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

Sérologie	Date	Résultat		A refaire le :
RAI		+	-	
BW		+	-	
Toxoplasmose		+	-	
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) :**\* Si RCIU ⇒ **Faxer la courbe de l'échographie****SURVEILLANCE HAD :**Surveillance obstétricale par SFL : ...../ semaine tous les jours  
avec ..... RCF ...../sem tous les jours

Prélèvements sanguins : ..... fois/semaine

Prélèvements bactériologiques : ..... fois/semaine

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

Signature :