

POLE FEMME MERE ENFANT

CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Coordonnateur : Dr FL. BIQUARD

PRESENTATION DE DOSSIER – REUNION DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Identité	PRESENTATION N°	STAFF DU :	
	Nom :	Nom Jeune Fille :	Prénom :
	Date de naissance :	Age :	Tél :
	Adresse :		
	Adressée par :		

Ne pas remplir si 2^{ème} Présentation	Antécédents		
	➤ <u>Antécédents personnels et obstétricaux</u> :	<u>Groupe/Rh</u> :	
	➤ <u>Antécédents familiaux</u> :		
	➤ <u>CONJOINT</u> Nom :	Prénom :	date de naissance :
	Grossesse actuelle	DPG :	TP :
	Lieu d'accouchement	CHU	Autres <input type="checkbox"/> : -----
	➤ <u>Échographie à 12 SA</u>	Clarté nucale :	mm soit MoM LCC : mm
	➤ <u>Risque combiné</u> :	PAPP-A :	MoM HCG : MoM Risque estimé :
	➤ <u>Marqueurs sériques T2</u> :	AFP :	MoM HCG : MoM Risque estimé :
	➤ <u>DPNI</u> :		
➤ <u>Carvotype</u> :	<u>Indication</u> :		

Motif de la présentation	<p><u>Échographie</u> : Terme = SA + j / <u>IRM</u> : Terme = SA + j / <u>Scanner osseux</u> : Terme = SA+ j</p>
	<p><u>Décision du staff</u>:</p>