



Identité de l'enfant

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le :

N° IPP :

Commune de résidence* :

Identification de l'établissement demandeur

UF d'hospitalisation :

Médecin prescripteur :

Date de prescription :

Mère (Nom, Prénom, DDN) :

Père (Nom, Prénom, DDN) :

Examen anatomopathologique du placenta : ☐ oui ☐ non

Renseignements cliniques* :

Terme de naissance* : Poids de naissance* : Apgar :

☐ AVB ☐ Césarienne pour

Antécédents maternels obstétricaux* :

Gestité : Parité :

Pathologie maternelle préexistante connue :

IMC :

Au cours de cette grossesse :

☐ HTA ☐ Pré-éclampsie ☐ HELLP Syndrome ☐ Diabète gestationnel

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Substances illicites

☐ Séroconversion de découverte àSA

☐ Hyperthermie ☐ Infection virale ☐ Infection bactérienne

☐ Autre :

*** à remplir impérativement**

Pour tout besoin d'aide dans les démarches ou question :

Contactez le secrétariat au 02 31 06 44 09 ou par fax : 02 31 06 50 63

Par mail au ana-path-accueil@chu-caen.fr