Fiche de renseignement clinique (Enfant né sans vie ou né vivant mais non viable)

PB-ACP-SE-006
Version : 3
Applicable le : 00-00-0000

Identité de la mère
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 :

☐ Placenta ☐ Fœtus / enfant : poids* …… sexe* : ☐ Masculin ☐ Féminin

☐ MFIU ☐ FCT ☐ IMG pour ……

DDG* : …… ☐ Echographique ☐ Selon DD

Terme d'accouchement* : …… Date d'accouchement* : ……

Les prélèvements placentaires et/ou cutanés fœtaux pour étude du caryotype (analyse soumise à consentement) et les prélèvements placentaires à visée microbiologique sont à faire en salle de naissance et à transmettre rapidement aux laboratoires concernés (améliore les chances d'obtenir un résultat concluant).

En cas d'impossibilité, prescriptions manuscrites ci-dessous (facturation supplémentaire).

Prélèvements à réaliser :

Antécédents obstétricaux* :

Gestité : …… Parité : ……

Pathologie préexistante connue : IMC : ……

……
……

Au cours de cette grossesse :

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

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Substances illicites

☐ Séroconversion de …… découverte à ……SA

☐ Hyperthermie ☐ Infection virale ☐ Infection bactérienne

Autre :

Identité de l'enfant / fœtus (s'il y a lieu)
Nom :
Prénom :

*** à remplir impérativement**

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