

RENSEIGNEMENTS PATIENTES

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
Ethnie (origine): Nationalité :

Profession :
Ethnie (origine) du futur père :
Êtes-vous déjà venue au centre Echofemme ? oui non

Coordonnées

Rue et N°:
Code Postal : Ville :
Téléphone Fixe :
TELEPHONE PORTABLE :
E-MAIL :
Téléphone Professionnel :
Nom du Gynécologue :

Assurance : numéro de carte :

Renseignements Médicaux

Date des dernières règles : Terme prévu par votre gynécologue :
Grossesse gémellaire (jumeaux) : oui non

Groupe sanguin : A B AB O rhésus : positif négatif

Poids avant grossesse : Kg **Taille :** **Tabac :** oui, combien...../jour non

Poids actuel : Kg

Conception spontanée (conçu naturellement) : oui non

Si non, quelle méthode :
Si FIV ou don d'ovocyte : Date ponction : ou Date transfert et âge des embryons au du transfert :
Si don d'ovocyte : âge de la donneuse lors de la ponction : ans

Antécédents obstétricaux

Avez-vous des enfants : oui non Si oui, information sur leur naissance :

Enfant	Année naiss.	Combien semaines (terme = 40semaines)	Sexe	Poids à la naissance (kg)	Voie basse	Césarienne
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà eu des :

Fausse couches : oui non si oui, combien :
Interruption de grossesse : oui non si oui, combien :
Grossesse extra-utérine : oui non si oui, combien :

Maladie chronique

Avez-vous du :
• Diabète : oui non si oui, traité, depuis quelle année :
• Hypertension : oui non si oui, traité, depuis quelle année :
• **Allergie :** oui non si oui, lesquelles :

Prenez-vous des médicaments ? Traitement en cours :
.....

Antécédents familiaux

Avez-vous des antécédents familiaux particuliers à nous signaler ?

Etes-vous consanguin de la même famille entre mari et femme) ? oui non

Date : Signature :