



DONNÉES PATIENTE :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Lieu de résidence :

DATE DU PREMIER RENDEZ-VOUS : / /

Groupe sanguin/Rh.
Grav.
Para
SC
Mort in utéro

DATE 1ER JOUR DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS

..... / /

Grossesse décelée par l'entremise de :

- Test de l'urine Examen
 Prise de sang Echoscopie w.am

MÉDICATION

(Envoyer un aperçu des médicaments pris au cours des 3 derniers mois)

-

ALLERGIES

-

ANTÉCÉDENTS :

- Chirurgie abdominale Maladies cardiaques Hypertension Diabète Troubles neuro
 Anémie Chirurgie gynécologique Maladies rénales Maladies pulmonaires Epilepsie
 Transfusion sanguine Troubles de la coagulation Maladies sexuelles Maladies psychiatriques Maladies infectieuses
 Autres :

INDICATION (Urgence aux termes de la loi)

.....
.....
.....
.....
.....

**CACHET NOMINATIF MÉDECIN GÉNÉRALISTE /
MÉDECIN RÉFÉRENT :**

SIGNATURE & DATE:

..... / /