



**CONSULTATION DIABETE GESTATIONNEL**

Maternité du CHUV, 6<sup>e</sup> étage  
Av. Pierre-Decker 2  
1011 Lausanne  
Tél. : 021 314 15 74 – Fax : 021 314 16 12  
E-mail : obs.dia.gest@chuv.ch

**DEMANDE DE CONSULTATION AMBULATOIRE SPECIALISEE**

Etiquette patiente

Date de la demande : .....

Numéro de téléphone de la patiente: .....

**Renseignements cliniques :**

G : ..... P : .....

Terme prévu : .....

**Co-morbidités associées, antécédents somatiques et psychologiques :**

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

Atcd de diabète gestationnel     Oui     Non

**Traitements médicamenteux :**

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

**Métabolisme :**

Date de la prise de sang : ..... SA : .....

Glycémie à jeun : .....mmol/l    (N<5.1)

HGPO 75g T60 : .....mmol/l    (N<10.0)

HGPO 75g T120 : .....mmol/l    (N<8.5)

**Grossesse tardive avec complication :**

Polyhydramnios     autre(s) : .....

**Connaissance en français :**

Bonne     Moyenne     Besoin d'un traducteur. Langue : .....

Nom du traducteur : ..... Tél. traducteur : .....

Nous nous chargerons de contacter le traducteur pour fixer le rendez-vous à notre consultation.

**Remarque(s)**

.....  
.....