



Consultation STIS

Demandeur (nous ne donnons en principe pas d'évaluation au public directement) :

Date de la consultation :

Nom :

Rue :

N° tél. :

Code postale/Ville :

N° fax :

Coordonnées patiente (nous acceptons les consultations anonymisées avec initiales nom/prénom et année de naissance):

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Stade actuel de la grossesse :

Date des dernières règles :

Ultrasound :

Gestité :

Parité :

Antécédents : IVG Avortement spontané

Grossesse :

Spontanée FIV ICSI Stimulation ovarienne Autre

Désirée Inattendue et acceptée Ambivalente Non désirée (IVG souhaitée)

Médicaments auxquels la patiente est ou a été exposée

Médicament	Dose journalière	Mode d'application	Administration		Indication
			du*	au**	
1.					
2.					
3.					
4.					
5. Acide folique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ?					

* Date ou durée (nombre de jours / mois / années) ** Date, durée ou si le traitement se poursuit : EN COURS

Commentaires :

Autres facteurs de risque compliquant cette grossesse :

- Consommation d'alcool oui non ? Quantité
- Consommation de tabac oui non ? Quantité
- Consommation de drogues oui non ? Substances, fréquence |
- Hypertension oui non ?
- Diabète oui non ?
- Obésité oui non ? Poids Taille (préconceptionnel)
- Antécédents d'anomalies congénitales oui non ?
- Problématique psycho-sociale oui non ?

Autres :

