

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	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	Quantité
Consommation de tabac	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	Quantité
Consommation de drogues	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	Substances, fréquence _____
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	
Obésité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	Poids Taille (préconceptionnel)
Antécédents d'anomalies congénitales	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	
Problématique psycho-sociale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	

Autres :

