



OBSERVATION MEDICAMENT(S) DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Dossier n° : /___/___/___/___/___/___/

Etablissement de l'observation :			
Opérateur :			Date :/...../.....
Grossesse		Demande de renseignements	
Médecin Correspondant:			
Nom, prénom :		Spécialité :	
Adresse, code postal :		Téléphone :	
Si le gynécologue est différent du médecin correspondant, précisez ses coordonnées :			

Identification			
Nom, prénom :			
Date de naissance :	Age :	Profession :	
Adresse, code postal:.....		Téléphone :	
Nom, prénom du mari :			Profession :
Consanguinité :	Non	Oui	Degré :

Gestité	Parité
Nombre d'enfants vivants	Nombre d'avortements provoqué
Nombre d'avortements spontanés	Nombre d'enfants décédés
Enfants malformés : Non	Oui
Si oui, précisez le type de malformations :	

Date des dernières règles/...../.....	Durée du cycle
Date présumée de la fécondation/...../.....	Période péri-implantatoire : du.....au.....
Age actuel de la grossesse		Terme prévu
Si échographie déjà faite, en préciser la date et les résultats :		
.....		
.....		
.....		
.....		

Médicaments pris au cours de la grossesse actuelle (ou faisant l'objet d'une demande de renseignements)					
Nom commercial	DCI	Début	Fin	Posologie	Indication

Particularités de la grossesse actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

