

## POLE FEMME MERE ENFANT

## SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET MEDECINE DE LA REPRODUCTION

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

NOM:		Prénom :		Staff du :
Née le :				
Adresse :				Age:
<b>-</b> /-/		<b>T</b> (1,4 11		_
Tél. domicile :		Tél. travail :		G P
Portable :				
Médecin traitant :		Obstétricien ou sage-femme :	-	Autres spécialistes si intérêt :
Début de grossesse :				
Dossier soumis par : à SA				
Patiente informée de la pr	ésentatio	on de son dossier :		
_	on 🗆	accord écrit □		exemplaire patiente □
Echographie de 12 SA :	Marqueu	rs sériques maternels (MoM) :		- Taille :
- CN =		de T21 =		
- CN -	- AFP =	- PaPP-A :		- Poids avant grossesse :
- LCC =	- HCG =	- CN :		- IMC :
				- Tabac : - Médicament ? :
Motif de présentation du dossier :				
Antécédents importants :				
Données échographiques :				
Décision du staff :				
Avis CPDPN / IMG		Décision famille / IMG		Parcours
- Accord - Refus		- Demande - Refus		