

TÉLÉPHONES

Urgences maternité :

.....

Maternité, secrétariat :

.....

Médecin traitant :

.....

DOSSIER
PRÉNATAL

v2018

Madame :

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Situation familiale : Age : ans

Adresse :

.....

Téléphone fixe : Mobile :

@ :

Nationalité : Ville de naissance :

Profession :

N° SS : CMU

Conjoint(e) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Profession :

Début de grossesse : (à remplir par le professionnel)

Date de début de grossesse :

Echographie entre 11 SA et 13+6 SA... Datation validée par :

Accouchement prévu le : (41 SA)

Personne(s) de confiance à prévenir :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Maternité :

● Gynécologue :

● Médecin traitant :

● Sage-femme :

● Autre spécialiste :

● Référent PMI :

Logo Conseil Général

Poids/Taille

Mère

Poids :

Taille :

IMC :

Père

Taille :

Antécédents héréditaires et familiaux

| | MÈRE | | PÈRE | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| HTA..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antécédents thrombo-emboliques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies héréditaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| | | | | |

Antécédents non obstétricaux

Médicaux

| | MÈRE | | PÈRE | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| HTA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infections urinaires récurrentes .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Phlébite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Chirurgicaux

Gynécologiques

Toxiques

| | Avant la grossesse | | Pendant | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON |
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcool..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cannabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise régulière de médicaments..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions :

.....

.....

.....

.....

Allergies

OUI NON

Vaccins

Mère

Père

Antécédents obstétricaux

G=

P=

| Date / Lieu | Terme | Grossesse HTA, diabète, MAP ... | Issue Accouchement, avortement... | Nouveau-né Prénom, poids, suites de couches, allaitement... |
|-------------|-------|------------------------------------|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Biologie

1^{ère} consultation :

| | |
|-----------------|--|
| RAI | |
| Rubéole | |
| Toxoplasmose | |
| Syphilis | |
| Sérologie VIH* | |
| Glycémie à jeun | |
| Glycosurie | |
| Protéinurie | |

* obligatoirement proposé

Groupe : **Rhésus :**

Kell :

2 déterminations..

Carte vue

Père : Groupe : **Rhésus :**

T21

Strepto B

A prescrire éventuellement :

| | |
|------------------------|--|
| Ag HBs | |
| Sérologie hépatite C | |
| Hémoglobine | |
| Electrophorèse de l'Hb | |
| Plaquettes | |
| HTLV1&2 (allaitement) | |
| | |
| | |
| | |

Type de suivi recommandé (1^{ère} consultation)

Voir feuille dans cahier central « Types de suivi durant la grossesse – Recommandations HAS

A

A1

A2

B

Liaison PMI envisagée :

Oui

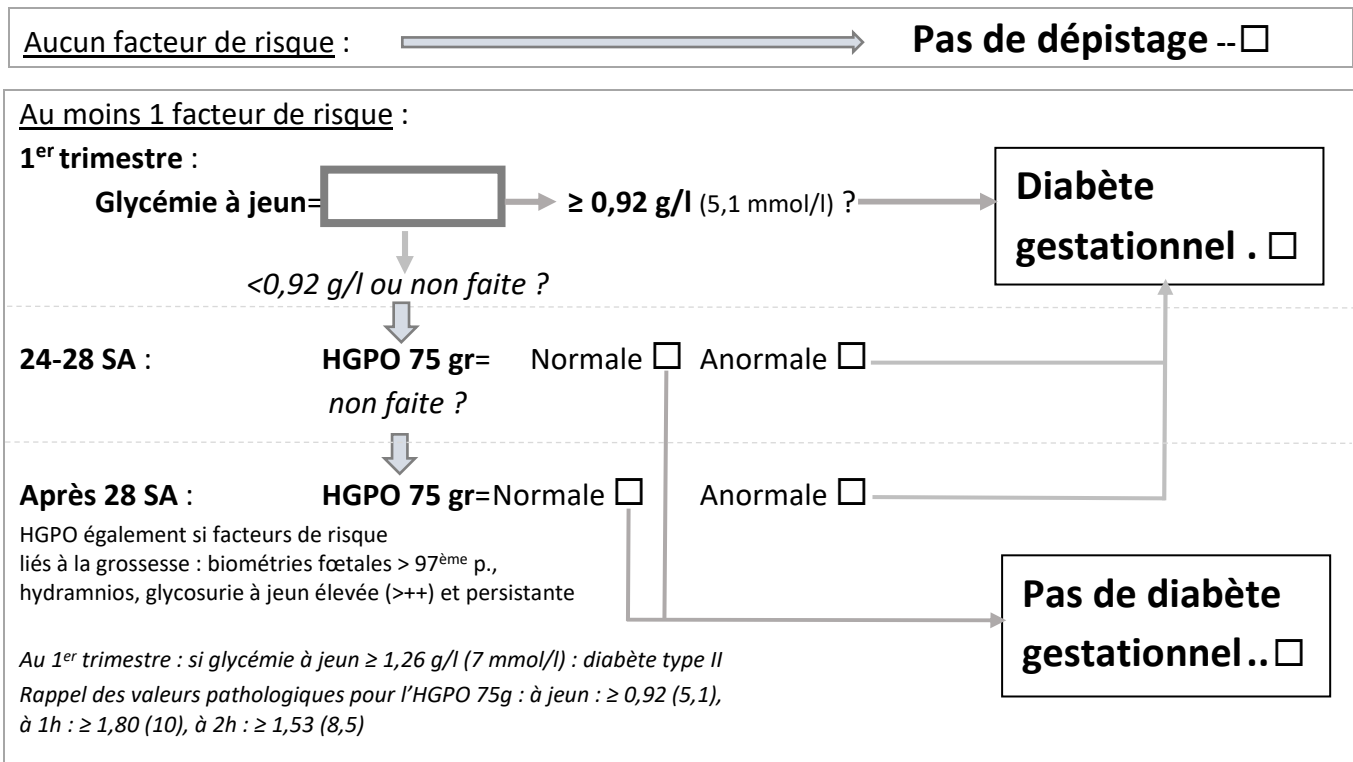
Non

Référents :

Logigramme Diabète gestationnel : cocher les cases !

Dépistage du diabète gestationnel (Recommandations CNGOF décembre 2010) :

| Facteurs de risque | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1-Age \geq 35 ans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2-IMC avant grossesse \geq 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3-Antécédent familial (1er degré) de diabète type II..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4-Antécédent personnel de diabète gestationnel, macrosomie, syndrome des ovaires polykystiques (<i>opk 1</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Types de suivi de la grossesse

en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse
(liste indicative non limitative, HAS mai 2007)

- A** selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme, un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien)
- A1** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé
- A2** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire
- B** le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Exemples de situations qui nécessitent un suivi de type B :

- **Déroulement de la grossesse précédente** : MAP sévère, HTA, RCIU, diabète, mort fœtale in utero
- **Antécédents familiaux** : problèmes de coagulation, maladie génétique
- **Antécédents personnels** : HTA, diabète, pathologie thyroïdienne...

Au moindre doute, il est important de demander un avis consultatif au gynécologue référent qui alors décidera du type de suivi.

L'entretien prénatal

L'entretien prénatal n'est pas une consultation médicale, c'est un temps d'écoute et d'échange confidentiel avec un professionnel de santé : soit une sage-femme de maternité, de PMI, libérale, ou un médecin.

L'entretien prénatal sert à aborder les questions préoccupantes, d'éventuelles difficultés, réfléchir à des solutions et aborder toute autre question.

Il se fait idéalement après la déclaration de grossesse ou plus tardivement, au choix...

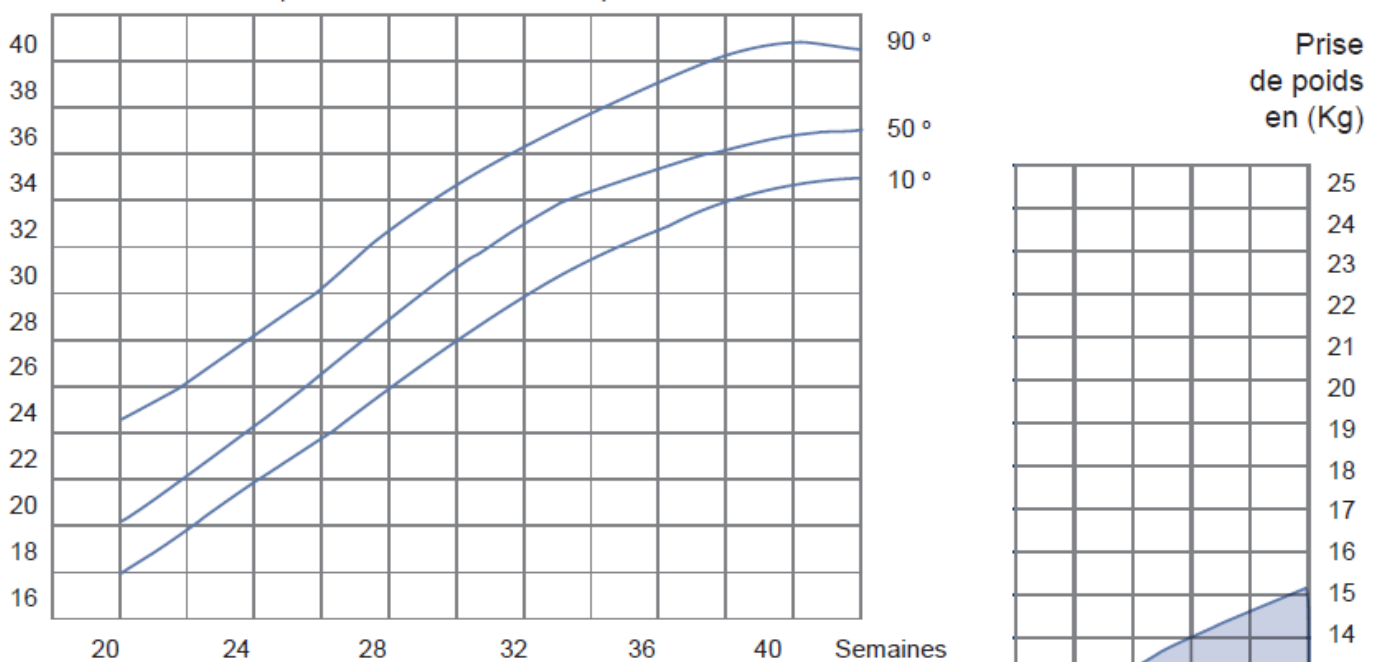
Il dure en moyenne 45 minutes

Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie

Pour en savoir plus : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) – Recommandations HAS 2005

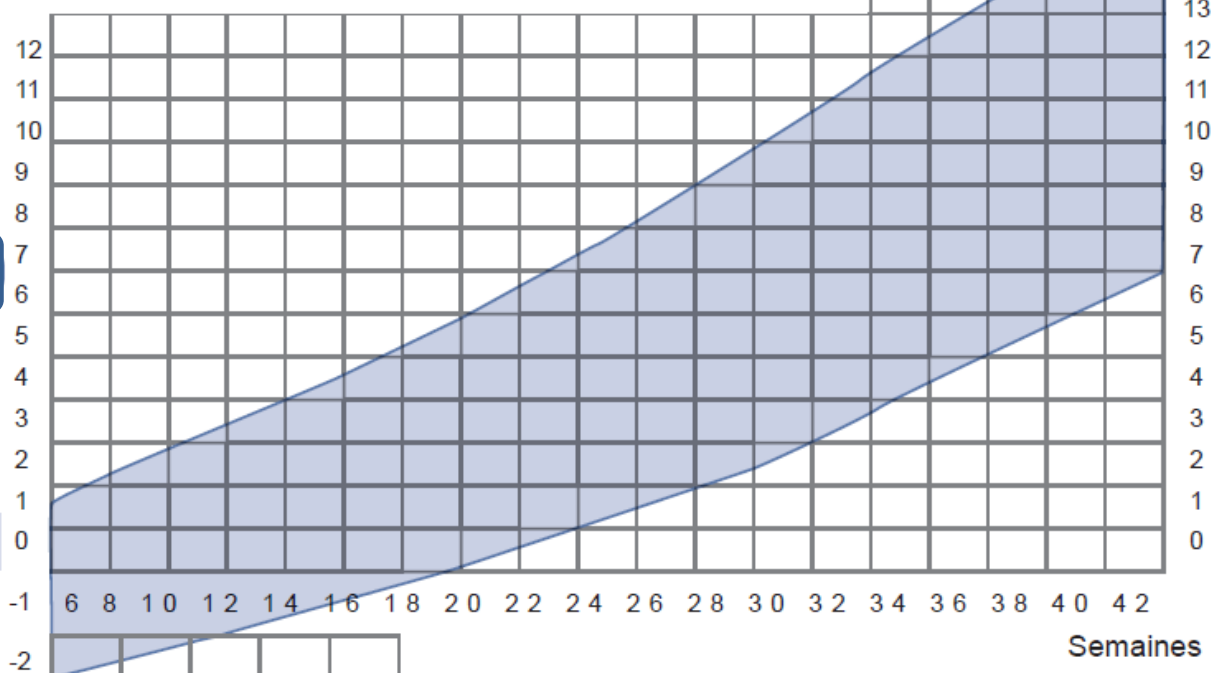
Hauteur utérine (cm)

Réf. : BELIZAN (1986)



Poids

Poids initial :



DDG =

| Consultations Date / terme (AG) <u>Nom</u> (tampon) | Poids | TA | MAF | BDC | HU | Examen clinique, observations, prescriptions Biologie |
|--|-------|----|-----|-----|----|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DDG =

| Consultations Date / terme (AG) <u>Nom</u> (tampon) | Poids | TA | MAF | BDC | HU | Examen clinique, observations, prescriptions Biologie |
|--|-------|----|-----|-----|----|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Informations importantes pour l'accouchement et le post-partum :

Hospitalisations :

| SA | Entrée | Sortie | Notes |
|-----------|---------------|---------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DDG =

DDG =

DDG =

DDG =



DDG =

Échographies : courbes du CFEF

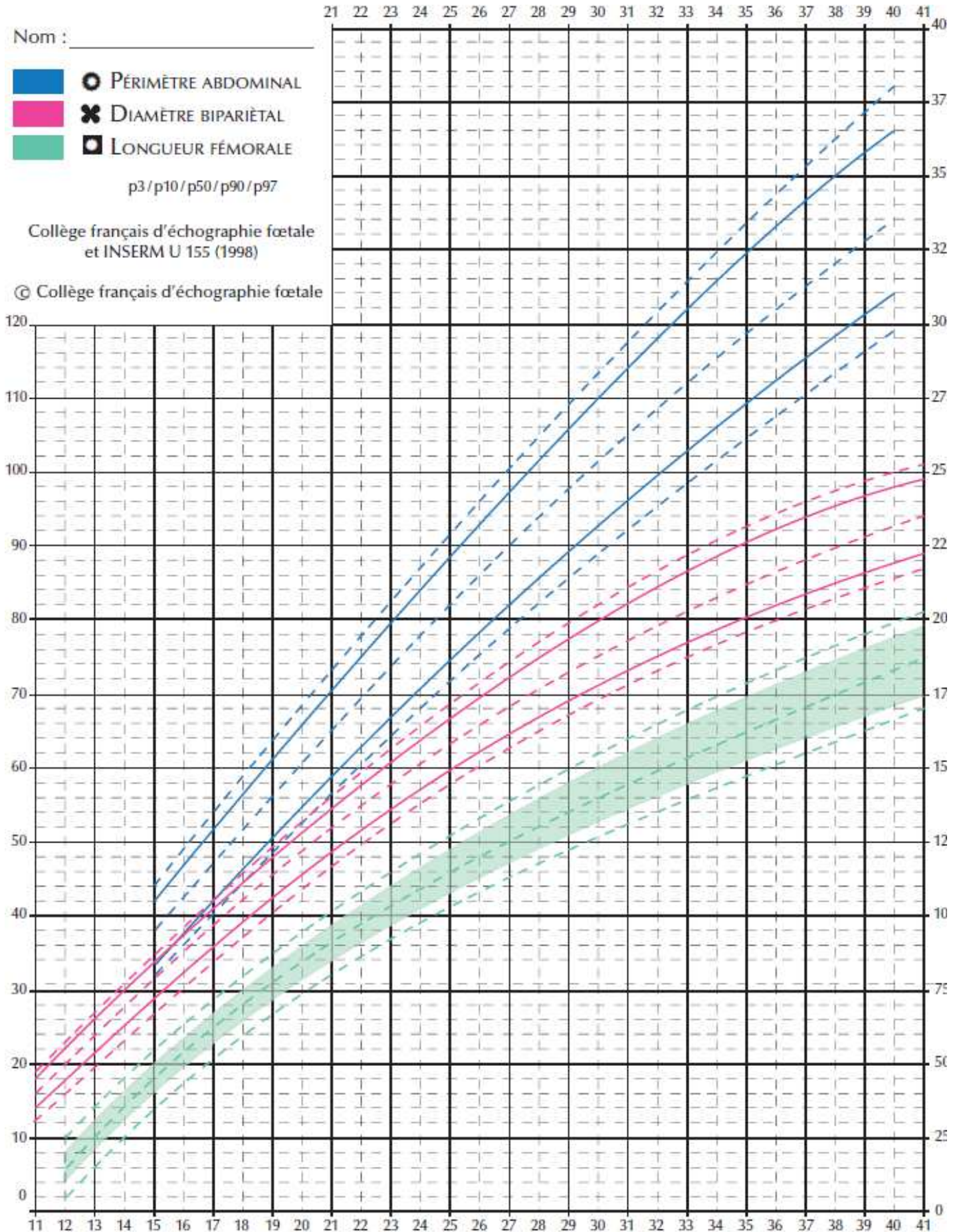
Nom : _____

- ○ PÉRIMÈTRE ABDOMINAL
- ✕ DIAMÈTRE BIPARIÉTAL
- □ LONGUEUR FÉMORALE

p3/p10/p50/p90/p97

Collège français d'échographie fœtale
et INSERM U 155 (1998)

© Collège français d'échographie fœtale



Échographies

Les examens échographiques réalisés en cours de grossesse ont pour but de vérifier le bien être fœtal, de confirmer l'âge de la grossesse et de s'informer sur la morphologie de l'enfant à naître. Ces examens sont facultatifs et il est possible de signaler que vous ne souhaitez pas que soit effectuée une recherche de malformation.

L'échographie détecte surtout les anomalies importantes susceptibles de modifier le suivi de la grossesse. Mais, comme tout examen en médecine, l'échographie n'est pas infaillible et il peut se produire qu'une anomalie pourtant bien présente ne soit pas détectée par l'examen, même si celui-ci est correctement réalisé. De même, un doute peut survenir au cours de l'examen alors qu'en réalité l'enfant se porte bien.

Les médecins ne s'autorisent pas à détenir des informations médicales sans les révéler, ce qui peut amener à partager avec eux le doute et l'angoisse que peut générer cet examen. Si tel était le cas, d'autres examens complémentaires et des examens de contrôle seraient proposés.

Ne demandez pas à votre médecin de prolonger les examens échographiques inutilement ou de les renouveler sans nécessité afin de limiter l'exposition de votre enfant aux ultra-sons dont l'organisme est en formation (principe ALARA*). En complément des trois échographies préconisées, une ou plusieurs échographies focalisées pourront être nécessaires pour préciser un élément clinique ou explorer une pathologie qui se déclarerait.

* As Low As Reasonably Achievable

Résumé de fin de séjour : Accouchement et post-partum

Accouchement :

Voie :

(si césarienne : noter le motif)

Terme (SA) :

Extraction instrumentale ? oui non

Suites de couches :

Nouveau-né :

Prénom :

Autres informations :

Sexe :

Poids de naissance :

Mode d'alimentation à la sortie :

PREAMBULE

Le réseau de périnatalité de Basse-Normandie est promu par une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, sous le nom de : « Association Interprofessionnelle de Périnatalité en Basse-Normandie »

ART 1 : INFORMATION DES USAGERS

La charte vous est remise au cours de la première consultation de grossesse, accompagnée d'une explication orale sur le bénéfice attendu de l'inclusion dans le réseau. Ce document est daté et signé ce même jour. Vous avez un délai minimum d'une semaine pour lecture et réflexion avant de signer le consentement d'adhésion au réseau de périnatalité de Basse-Normandie. Vous serez détentrice et donc responsable de votre dossier de suivi tout au long de cette grossesse de devez le présenter à tout professionnel de santé que vous serez amenée à consulter au cours de cette période.

ART 2 : MODALITES D'ACCES ET DE SORTIE DU RESEAU

La prise en charge par le réseau de périnatalité de Basse-Normandie concerne toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés pendant la grossesse et la période postnatale jusqu'à 30 jours, ou jusqu'à 7 ans pour les nouveau-nés les plus vulnérables.

Une femme accède au réseau de périnatalité de Basse-Normandie lorsqu'elle est prise en charge par un ou plusieurs professionnels de santé adhérents au réseau et qu'elle participe de manière consentante aux projets qui la concernent (consentement parental pour les nouveau-nés).

Une femme (ou son enfant) sort du réseau de périnatalité de Basse-Normandie une fois sa prise en charge terminée. Elle peut à nouveau y entrer si son état le requiert. Elle peut demander à sortir du réseau de périnatalité de Basse-Normandie à tout moment de sa prise en charge, sans conséquence sur ses relations avec son médecin qui l'informerait des modalités de son suivi ultérieur.

Le dossier de suivi, une fois la grossesse terminée, est conservé par la maternité où a lieu l'accouchement. Pour la prévention d'un risque au cours d'une grossesse ultérieure (notamment en cas de changement de région), un exemplaire est remis à la mère à sa sortie de maternité, si elle le demande.

ART 3 : RAPPEL DES PRINCIPES ETHIQUES DANS LE RESPECT DESQUELS LES ACTIONS SONT MISES EN ŒUVRE

Les actions sont mises en œuvre dans le respect des principes éthiques suivants :

- libre choix et engagement des professionnels de santé à adhérer ou non au réseau ;
- libre choix et consentement des usagers à adhérer ou non au réseau ;
- offre de soins d'une qualité identique à toutes les femmes et leurs nouveau-nés de Basse-Normandie ;
- respect des exigences de qualité et de sécurité de la naissance ;
- respect de la hiérarchisation des établissements en particulier pour les transferts.

ART 4 : ROLE RESPECTIF DES INTERVENANTS, MODALITES DE COORDINATION ET DE PILOTAGE

Les intervenants dans le réseau de périnatalité de Basse-Normandie sont des professionnels de santé œuvrant dans le domaine de la périnatalité (gynécologues, obstétriciens, pédiatres, généralistes, sages-femmes, psychologues...). Chaque professionnel adhérent au réseau intervient auprès des femmes à différents moments de la grossesse (avant, pendant et après) suivant ses compétences, son domaine d'action et son lieu d'exercice. Les structures d'accueil des femmes enceintes et des nouveau-nés adhérent au réseau interviennent auprès des usagers en fonction du niveau de leur équipement et de leur offre de soins.

La coordination et le pilotage du réseau de périnatalité de Basse-Normandie organisent et assurent le suivi et l'évaluation des actions dans les différents domaines choisis par le conseil d'administration de l'association.

ART 5 : DEFINITION DES ENGAGEMENTS DES PERSONNES INTERVENANT A TITRE PROFESSIONNEL OU BENEVOLE

Les personnes physiques ou morales intervenant à titre professionnel ou bénévole dans le réseau s'engagent à respecter les dispositions contenues dans les statuts de l'association, la charte du réseau et la convention constitutive ainsi que les décisions prises par le conseil d'administration de l'association.

ART 6 : ELEMENTS RELATIFS A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET ACTIONS DE FORMATION

L'élaboration et la validation de référentiels communs de prise en charge déterminés par les professionnels de la région, membres du réseau, réunis en commissions pluridisciplinaires, à partir des travaux et conclusions d'instances nationales (HAS, INSERM, etc...) ou par des professionnels de santé membres d'associations partenaires du réseau reconnues au plan régional, participent à la qualité de cette prise en charge. Ces référentiels sont accessibles sur le site Internet de l'association. Les actions de formation auprès des professionnels de santé permettent de faire connaître et adopter des pratiques communes.

ART 7 : MODALITES DE PARTAGE DE L'INFORMATION DANS LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL ET DES REGLES DEONTOLOGIQUES PROPRES A CHACUN DES ACTEURS

Le partage de l'information se fait par l'accès au site Internet de l'association (www.perinatbn.org) et par l'utilisation d'une adresse mail (contact@perinatbn.org). Un dossier de suivi de grossesse commun et un dossier de suivi des nouveau-nés à risque est utilisé. Il s'agit de dossier papier, dont une partie est informatisée, avec l'accord de la CNIL.

Des réunions interprofessionnelles de revue de morbidité et de mortalité sont organisées périodiquement par le réseau.

ART 8 : ENGAGEMENT DES SIGNATAIRES A PARTICIPER AUX ACTIONS DE PREVENTION, D'EDUCATION, DE SOINS, DE SUIVI SANITAIRE ET SOCIAL ET DE DEMARCHE D'EVALUATION MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU RESEAU

Les signataires de la charte du réseau de périnatalité de Basse-Normandie s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins, de suivi sanitaire et social et de démarche d'évaluation mises en œuvre dans le cadre du réseau.

ART 9 : ENGAGEMENT DES SIGNATAIRES A NE PAS UTILISER LEUR PARTICIPATION A L'ACTIVITE DU RESEAU A DES FINS DE PROMOTION ET DE PUBLICITE

Les signataires de la charte du réseau de périnatalité de Basse-Normandie s'engagent à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.

Prochains Rendez-Vous

Consultations :

- 2^{ème} mois :
- 3^{ème} mois :
- 4^{ème} mois :
- 5^{ème} mois :
- 6^{ème} mois :
- 7^{ème} mois :
- 8^{ème} mois :
- 9^{ème} mois :
(par équipe obstétricale)

Échographie :

- 1^{ère} échographie (11 à 13+6 SA) :
- 2^{ème} échographie (20 à 25 SA) :
- 3^{ème} échographie (32 à 34 SA) :

Echographies supplémentaires :

Entretien Prénatal :

-

Cours de préparation à l'accouchement :

-
-
-

Autres rendez-vous :

- Consultation d'anesthésie :
- Consultation de soutien à l'allaitement :
-
-
-
-
-
-
-
-

Comment s'approvisionner en dossier ?

- Conseil général :
 - ✓ Tel :
 - ✓ @ :

