☎ 05 57 12 36 54 – Fax : 05 57 12 40 66 - courriel : cpdpn@mspb.com // cpdpn.mspb@sante-aquitaine.net

FICHE RENSEIGNEMENT ISSUE DE GROSSESSE AVEC AVIS CPDPN

Nom marital : Nom naissance : Prénom : Date de naissance : Ou : étiquette patient	Etablissement : Fiche renseignée par : nom ou cachet

Date issue de grossesse : / /

Mode issue de grossesse : □ MFIU □ IMG □ Naissance

Si MFIU Etiologie du MFIU *(merci de préciser « inconnue » si pas de pathologie*

Si IMG : **Motif de l'IMG**

Merci de cocher le diagnostic le plus tardif, par exemple anomalie chromosomique même si l'anomalie a été révélée par malformation ;

□ Malformation(s), *à préciser*

□ Anomalie chromosomique, *à préciser*

□ Anomalie génétique, *à préciser*

□ Infection à CMV □ Infection (hors CMV) *: à préciser*

□ Autre *: à préciser*

Identité du fœtus :

Nom : Prénom :

Sexe : □ féminin □ masculin Poids : g

Modalités : □ curetage aspiratif □ voie basse □ césarienne

□ fœticide : □ oui □ non

Examen fœtopathologique :

□ non réalisé □ refusé □ si réalisé, **joindre le CR** si possible

Nouveau-né :

Nom : Prénom :

Sexe : □ féminin □ masculin

Evènements notables de la grossesse (en dehors du DPN) :

Mode d'accouchement : □ voie basse □ césarienne

Poids	Taille	PC
g	cm	cm

Mode sortie :

□ domicile

□ transfert : **si oui, nom établissement**

□ décès à J si oui, autopsie □ oui □ non