



ENTRETIEN MEDICAL PRENATAL – DON DE SANG PLACENTAIRE

**UMTCT
GCS-CTC**

IDENTIFICATION DE LA MERE (DONNEUSE)

Etiquette patiente

Nom : Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone Domicile

Téléphone portable :

ORIGINE ETHNIQUE DES ASCENDANTS

Mère (donneuse) : _____ Père : _____

Grand-mère maternelle _____ Grand-mère paternelle : : _____

Grand-père paternel : _____ Grand-père maternel : _____

CONCLUSION

Entretien médical conforme non conforme

Recueil du consentement écrit oui non

Nom et signature du médecin :

Date de l'entretien :

Remarques :

Nom et signature de la sage-femme :

ANTECEDENTS MEDICAUX MATERNELS

Pathologies du système immunitaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Atopie sévère	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Néoplasie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies hématologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies endocrinologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies cardiologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies rénales ou urinaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies pulmonaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies neurologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies gastro-entérologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies hépatiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies dermatologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies O. R. L.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Pathologies gynécologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Maladies professionnelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Antécédents ou comportements à risques de la patiente			
Vis à vis des virus HIV, Hépatite B et C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Toxicomanie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Tatouage – percing (date)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Acupuncture	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
ATCD de transfusions sanguine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Antécédents familiaux de maladie de			
Creutzfeld-Jakob	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
TT par hormone de croissance (date)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
TT par médicaments dérivés du sang (date)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Greffe de dure-mère	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Greffe de tissus ou d'organes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Interventions neuro-chirurgicales	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Maladies infectieuses ou parasitaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Séjour en zone impaludée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----
Donneuse de sang	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	-----

ANTECEDENTS FAMILIAUX MATERNELS

Mère -----

Père -----

Collatéraux -----

ANTECEDENTS MEDICAUX PATERNELSAbsence de renseignement sur le père :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Lieu de naissance (ville – département – pays) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Maladies infectieuses ou parasitaires oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Pathologies hématologiques oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _**Antécédents ou comportement à risques**Vis à vis des virus HIV, Hépatite B et C oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Toxicomanie oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Tatouage – percing oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Pathologies urinaires oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Donneur du sang oui non _ _ _ _ _ _ _ _ _ _**ANTECEDENTS FAMILIAUX PATERNELS**

Mère _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Père _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Collatéraux _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA FRATRIEAnnée de naissance : _ _ _ _ _ _ F M _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Année de naissance : _ _ _ _ _ _ F M _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Année de naissance : _ _ _ _ _ _ F M _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Année de naissance : _ _ _ _ _ _ F M _ _ _ _ _ _ _ _ _ _**DONNEES DE LA GROSSESSE ACTUELLE**

D. D. R. _ _ / _ _ / _ _ _ _ D. D. G. _ _ / _ _ / _ _ _ _ Terme prévu : _ _ / _ _ / _ _

1 - Suivi S. F. _ _ _ _ _ _ _ _ Médecin _ _ _ _ _ _ _ _

Gestation _ _ _ _ _ Parité _ _ _ _ _ Groupe sanguin _ _ _ _ _ RAI _ _ _ _ _

P.M.A. F. I. V. Insémination artificielle Autres

2 - Sérologies

	Positif	Négatif	Non Fait	Vacciné
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toxoplasmosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HTLV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. T. A. Non Oui

Toxique (alcool – tabac – drogue) Non Oui

Antécédent d'Herpès récurrent : Non Oui

3 - Traitements

.....

.....

.....

4 - Echographie

Terme	Résultat

5 Autres

	Non Fait	Fait	Résultat	
HT 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amniocentèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anomalies
Caryotype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 - Autres évènements