

NOM : ..... CODE DU PATIENT : .....

DATE DE TRANSFERT : ..... CODE DU CYCLE : .....

**QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE GROSSESSE ET DES ENFANTS APRÈS UN DPI**

1<sup>ère</sup> ECHOGRAPHIE (vers 8 semaines)

date : ...../...../.....

nb de sacs embryonnaires : ..... nb d'embryons : ..... nb d'activités cardiaques : .....

S'il s'agit d'une grossesse multiple, précisez pour chaque fœtus, s'il s'agit d'un jumeau monozygote ou dizygote :

fœtus 1 : grossesse simple  jumeau monozygote  jumeau dizygote  Ne sait pas   
 fœtus 2 : grossesse simple  jumeau monozygote  jumeau dizygote  Ne sait pas   
 fœtus 3 : grossesse simple  jumeau monozygote  jumeau dizygote  Ne sait pas

Observations particulières pendant la grossesse (sexe, anomalies..., précisez la date des observations) :

.....  
 .....  
 .....

**DIAGNOSTIC PRENATAL :**

Un dépistage / diagnostic prénatal a-t-il été réalisé ? OUI  NON

Si oui pour quelle(s) raison(s) ? :

confirmation du DPI OUI  NON

autre raison OUI  NON  précisez :

Date du prélèvement ou de l'observation	Nature du prélèvement ou de l'observation	Confirmation du DPI
...../...../.....	Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) <input type="checkbox"/>	fœtus 1 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	échographie <input type="checkbox"/>	fœtus 2 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ponction de villosités choriales <input type="checkbox"/>	fœtus 3 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ponction de liquide amniotique <input type="checkbox"/>	
	prélèvement de sang du cordon <input type="checkbox"/>	

**Merci de joindre une copie du compte-rendu du résultat de l'analyse ou de l'observation**

Autres observations ou commentaires (précisez la date) :

fœtus 1 .....  
 fœtus 2 .....  
 fœtus 3 .....

**SI PERTE EMBRYONNAIRE :**

date : .....

réduction embryonnaire  motif : .....

lyse embryonnaire spontanée (grossesse gémellaire)

fausse-couche ou mort fœtale *in utero*  caryotype si fait : .....

**COMPLICATIONS OBSTETRIQUES** .....

.....  
 .....  
 .....

**ACCOUCHEMENT :**

date de l'accouchement : ...../...../.....

mode de délivrance : voie basse  césarienne

observations .....  
 .....

NOM : .....

ENFANT(S) A LA NAISSANCE :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
prénom			
sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
poids de naissance	g	g	g
taille	cm	cm	cm
périmètre crânien	cm	cm	cm
score d'APGAR 1mn			
score d'APGAR 5mn			
score d'APGAR 10mn			

Malformations à la naissance ou complications néonatales : OUI  NON

Si oui, précisez l'enfant concerné et décrivez la malformation :

.....  
.....

DIAGNOSTIC POSTNATAL :

Un diagnostic postnatal a-t-il été réalisé ? OUI  NON

Si oui pour quelle(s) raison(s) ? :

confirmation du DPI OUI  NON

autre raison OUI  NON  précisez : .....

Date du prélèvement ou de l'observation	Nature de l'analyse ou de l'observation dans le cadre du diagnostic postnatal	Confirmation du DPI
...../...../.....	examen physique <input type="checkbox"/>	enfant 1 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	étude de l'ADN <input type="checkbox"/>	enfant 2 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	caryotype <input type="checkbox"/>	enfant 3 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	test à la sueur <input type="checkbox"/>	
	biochimie <input type="checkbox"/>	
	autre (précisez) : .....	

**Merci de joindre une copie du compte-rendu du résultat de l'analyse ou de l'observation**

Autres observations ou commentaires :

enfant 1 .....  
enfant 2 .....  
enfant 3 .....

Avez-vous l'intention de reprendre contact avec notre centre pour une autre grossesse ?

OUI  NON  Ne sait pas

Commentaire : .....  
.....  
.....

Nom(s)- Prénom(s) : .....

Date : ...../...../.....

Signature(s) :