



Réservé au laboratoire

Référence du cas :	
Date de réception par le laboratoire :	(jj/mm/aa)

**QUESTIONNAIRE
DE SUIVI
DE GROSSESSE**

EN CAS DE SUSPICION APRÈS ADMINISTRATION DE PROCYSBI®

Patient initiales : Description des effets indésirables :
 Date de naissance :
 Âge au moment de l'événement :
 Date de début : (jj/mm/aa)
 Date de fin : (jj/mm/aa)

La grossesse a-t-elle été confirmée ? Oui Non Si oui, quand ? (jj/mm/aa)
 Si oui, précisez le test utilisé et la nature de la confirmation :

Méthode(s) de contraception ?
 La contraception a-t-elle été utilisée comme prévu ? Oui Non Incertain
 Si non, détailler :

Y a-t-il eu des examens spécifiques ? Oui Non Si oui, quand ? (jj/mm/aa)
 ex. amniocentèse, échographie, AFP sérique maternel depuis le début de la grossesse ?
 Si oui, préciser les examens et les résultats :

Y-a-t-il des antécédents obstétricaux ? Interruption de grossesse Mortinatalité
 Grossesse Si oui, merci de détailler et préciser l'issue :

Antécédents médicaux

Information concernant des antécédents familiaux, facteurs de risque connus ou conditions qui pourraient affecter l'issue de la grossesse :

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE GROSSESSE

Issue de la grossesse

Avortement Oui Non

Si oui : Thérapeutique Planifié Spontané Date : (jj/mm/aa)

Veillez indiquer les raisons et anomalies :
.....
.....

Accouchement Oui Non

Si oui : Accouchement vaginal Forceps / Ventouse Césarienne

Date de l'accouchement : (jj/mm/aa) Âge gestationnel, si connu :

Y a-t-il eu des complications maternelles :
.....

Issue néonatale

État de l'enfant à la naissance Normal Anormal * Mort-né

Sexe M F

Poids de naissance : Taille : Circonférence de la tête :

Score d'Apgar 1 mn : 5 mn : 10 mn :

* Veuillez renseigner toute anomalie ci-après :
.....
.....
.....
.....

Obstétricien de la mère :

Nom : Tél. : E-mail :

Adresse : Code postal :

Signature : Date : (jj/mm/aa)

Déclarant : Médecin Pharmacien Autre :

Nom : Tél. : E-mail :

Adresse : Code postal :

Signature : Date : (jj/mm/aa)