QUESTIONNAIRE INITIAL DE GROSSESSE

Sanofi Pasteur MSD SNC - capital 60.000.000 euros - 392 032 934 RCS Lyon

INFORMATIONS CONCERNANT LE NOTIFICATEUR

Patiente ☐
Prof. Santé ☐ *Préciser la spécialité*
Obstétricien/Gynécologue ☐
Médecin Généraliste ☐
Sage-femme ☐
Autre *Préciser :* …… ☐

Nom	Adresse	Téléphone	Fax

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE

Nom (2 premières lettres) |__| |__| **Prénom** ……

Date de naissance |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| (j j m m a a a a) **Poids** |__| |__||__| kg **Taille** |__| |__| |__| cm

Vaccination avec GARDASIL® au cours de cette grossesse				Autres médicaments et/ou vaccins utilisés au cours de cette grossesse*					
Date de vaccination	Numéro de dose	Numéro de lot		Nom du produit	Date(s) d'utilisation (début - fin)	Numéro de lot (si vaccin)	Dosage (mg)	Dose journalière	Motif d'utilisation
___/___/___					___/___/___ - ___/___/___				
___/___/___					___/___/___ - ___/___/___				
___/___/___					___/___/___ - ___/___/___				

* *Inclure toutes les expositions (aigües ou chroniques) survenues depuis les dernières règles. Veuillez continuer sur une page blanche si nécessaire.*

GROSSESSE ACTUELLE

Date de début des dernières règles : ___/___/___ ☐ **Grossesse spontanée** ☐ **Procréation médicalement assistée**

Date estimée de la conception : ___/___/___ **Date prévue de l'accouchement :** ___/___/___

EXAMENS PRENATALS*	Date(s) d'examen	Résultat d'examen	Motif d'examen	Commentaires
Echographie(s)	___/___/___			
Amniocentèse	___/___/___			
Test Alpha-Fœtoprotéine	___/___/___			
Sérologie (ex: rubéole, toxoplasmose…)	___/___/___			
Autres (préciser) :……	___/___/___			

**Veuillez continuer sur une page blanche si nécessaire ou fournir les résultats des examens prénatals.*

Antécédents médicaux – Préciser : ……

……

Condition médicale actuelle – Préciser : ……

ANTECEDENT(S) OBSTETRIQUE(S) ET GROSSESSE(S) ANTERIEURE(S)

Antécédents obstétriques	Nombre	Nombre semaines d'aménorrhées	En cas de grossesse(s) antérieure(s) :	Oui / Non / Ne sait pas	Si oui, décrire
Grossesse(s) précédente(s)		N/A	**Anomalies congénitales lors de(s) grossesse(s) précédente(s)?**		
Accouchement à terme		N/A			
Naissance prématurée					
Mort fœtale précoce (≤ 20 sem. de gestation) ☐ **FCS** ☐ **GEU** ☐ **Môle** FCS: Fausse couche spontanée, GEU: Grossesse extra-utérine			**Complications post-natales lors de(s) grossesse(s) précédente(s)?**		
Mort fœtale tardive (> 20 sem. de gestation)					
Interruption ☐ **volontaire** ☐ **médicale** **Raison:** ……					

Questionnaire complété par : …… **Date :** ___/___/___ **Signature :** ……

Réservé à SPMSD **Reçu le :** …… **Numéro ARISg :** …… **Numéro WAES :** ……

Merci de renvoyer ce questionnaire à Sanofi Pasteur MSD, Département Pharmacovigilance - Registre Grossesses, 8, rue Jonas Salk - 69367 Lyon cedex 07 ou faxer au 0805.858.848