

QUESTIONNAIRE INITIAL DE GROSSESSE

INFORMATIONS CONCERNANT LE NOTIFICATEUR

Patiente <input type="checkbox"/> Prof. Santé <input type="checkbox"/> Préciser la spécialité Obstétricien/Gynécologue <input type="checkbox"/> Médecin Généraliste <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Autre Préciser : <input type="checkbox"/>	Nom	Adresse	Téléphone	Fax

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE

Nom (2 premières lettres) __ __	Prénom
Date de naissance __ __ __ __ __ __ __ __ <small>j j m m a a a a</small>	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 : _/_/_/ <input type="checkbox"/> Grossesse spontanée <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> FCS <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/> Môle <small>FCS: Fausse couche spontanée, GEU: Grossesse extra-utérine</small>			Complications post-natales lors de(s) grossesse(s) précédente(s)?		
Mort fœtale tardive (> 20 sem. de gestation) Interruption <input type="checkbox"/> volontaire <input type="checkbox"/> médicale Raison:					

Questionnaire complété par : Date : _/_/_/ Signature :

Réservé à SPMSD	Reçu le :	Numéro ARISg :	Numéro WAES :
-----------------	-----------------	----------------------	---------------------

Conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, vous et votre patiente disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et dont nous sommes seuls destinataires.

Merci de renvoyer ce questionnaire à : Sanofi Pasteur MSD, Département Pharmacovigilance & Gestion des Risques, Registre Grossesses

8, rue Jonas Salk - 69367 LYON Cedex 07 ou de le faxer au 0805.858.848