Sanofi Pasteur MSD
Registre
Grossesses

Gardasil®
Vaccin Papillomavirus Humain [types 6, 11, 16, 18]
(Recombinant adsorbé)

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE GROSSESSE

INFORMATIONS CONCERNANT LE NOTIFICATEUR

	Nom	Adresse	Téléphone	Fax
Patiente ☐ **Prof. Santé** ☐ *Préciser la spécialité* Obstétricien/Gynécologue ☐ Médecin généraliste ☐ Sage-femme ☐ Autre *Préciser:* ……. ☐				

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE

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

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

ISSUE DE LA GROSSESSE et INFORMATIONS OBSTETRIQUES – *Veuillez compléter l'information si nécessaire*

Interruption volontaire ☐ Préciser la date : ___/___/___ ou nombre de semaines d'aménorrhées |__| |__|
Mort fœtale précoce (≤ 20 semaines de gestation) ☐ Préciser la date : ___/___/___ ou nombre de semaines d'aménorrhées |__| |__|
Mort fœtale tardive (> 20 semaines de gestation) ☐ Préciser la date : ___/___/___ ou nombre de semaines d'aménorrhées |__| |__|
Spécifier le motif : ……

Les produits de conception ont-ils été examinés ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire :……
Le fœtus était-il normal? Oui ☐ Non ☐ Si non, décrire : ……

Complications au cours de la grossesse : Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire :……
Complications durant le travail /accouchement (provoqué/césarienne/ détresse fœtale…) : Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire : ……
Examens anormaux au cours de la grossesse : Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire :……
Infections ou maladies au cours de la grossesse : Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire : ……

NOUVEAU-NE **En cas de naissance multiple, veuillez photocopier et compléter ce questionnaire pour chaque enfant*

Nouveau(x)-né(s)* : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ > 3 ☐ **Date de naissance** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| (j j m m a a a a)

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ **Initiales** |__| - |__| |__| (1e lettre prénom ; 1e et 2e lettre nom) **Nombre de semaines d'aménorrhées :** |__| |__|

Poids : |__|, |__||__| |__| kg **Taille :** |__| |__| cm **Circonférence de la tête :** |__| |__| cm

Apgar à 1 mn : |__| |__| **à 5 mn :** |__| |__|

L'enfant était-il normal ? Oui ☐ Non ☐
Si non, avait-il une anomalie congénitale ? Oui ☐ Non ☐ Décrire……
Autres complications post-natales ou anomalies ? Oui ☐ Non ☐ Si oui décrire : ……

Nom du pédiatre de l'enfant	Adresse	Téléphone	Fax

INFORMATIONS SUR LES ANTECEDENTS MEDICAUX

Facteurs de risque influençant l'issue de cette grossesse ?
Diabète ☐ Hypertension ☐ Troubles convulsifs ☐ Troubles de la thyroïde ☐ Hépatite ☐ Asthme ☐ Allergie ☐
Alcool : ☐ … verres/jour Drogues illicites ☐ Préciser: ……
Tabac: ☐ … cigarettes/jour Autre ☐ Spécifier : ……
Antécédent d'anomalie congénitale, problème génétique dans la famille? Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : ……
……
Existe-il une consanguinité avec le partenaire? Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser le lien : ……

AUTRES MEDICAMENTS et/ou VACCINS UTILISES AU COURS DE CETTE GROSSESSE

Poursuivre sur une page blanche si nécessaire

Nom du produit	Date(s) d'utilisation (début - fin)	Dosage (mg)	Dose journalière	Numéro de lot (si vaccin)	Motif d'utilisation
	___/___/___ - ___/___/___				

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

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