

NIP :
NOM :
Prénom :
DDN :
Téléphone :
Adresse postale :

Service : GYNECO – OBSTETRIQUE RCP de GHR – Avis extérieur

Non du rédacteur :
NDA :
Adresse mail du rédacteur :
date :

Merci d'utiliser une adresse mail sécurisée pour le partage des données.


Date du staff :
A la demande du Médecin :

Motif

Motif de la présentation :
.....
.....

Pour rappel

Date de début de grossesse :
Terme de la grossesse :
Accouchement prévu le :
Type de grossesse (simple, gémellaire...):
Gestité :
Parité :



Avis spécialisé

Atcd chirurgicaux :
.

Atcd médicaux :
.

Atcd obstétricaux :
.

Pathologies de la grossesse en cours :
.

Atcd psychiatriques :
.

Contexte social spécifique :
.

Atcd impactant la grossesse :
.

Conduite pour la grossesse en cours

Evolution de la grossesse :
en cours mère, fœtus

Traitements en cours :
.

Question formulée :
.

AVIS de la RCP :
.

Pendant la grossesse :
.

Pour l'accouchement :
.

En post-partum :
.