

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 :

Patient informée du passage de son dossier en RCP : oui non

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 :

.

.

Merci de bien vouloir envoyer votre formulaire rempli à l'adresse suivante : rcp.ghr@ght-novo.fr