

Unité de Soins/Clinique : <u>Unité des naissances</u> Requérant : _____ # Licence : _____ <b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> Voir BB <b>Prélevé par:</b> _____  Étiquette code à barres du laboratoire	Identification du patient Nom, Prénom _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier / #Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte
--	---

**Complétez ci-dessous les conditions particulières nécessitant un examen anatomopathologique**

Accouchement : <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne Couleur du liquide amniotique : _____ Si méconial : <input type="checkbox"/> Épais <input type="checkbox"/> Visqueux	<b>URGENT</b> <input type="checkbox"/>
---	--

		BB1	BB2	BB3	AUTRE
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Placenta</b> <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Gemellaire <input type="checkbox"/> Triplets <input type="checkbox"/> Autre  Accouchement : <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne	Gestation:				
	Heure:				
	APGAR:				
	Poids:				
	Sexe:				

<b>CONDITIONS PLACENTAIRES:</b> <input type="checkbox"/> DPPNI ou hématome rétroplacentaire <input type="checkbox"/> RPM <input type="checkbox"/> Oligohydramnios <input type="checkbox"/> Rupture des membranes >24 heures <input type="checkbox"/> Autres conditions placentaires significatives: _____	<b>Implantation anormale</b> <input type="checkbox"/> Accreta <input type="checkbox"/> Increta <input type="checkbox"/> Percreta <input type="checkbox"/> Vaisseaux membraneux (vasa previa) <input type="checkbox"/> Infarctus ou masses présumées <input type="checkbox"/> Vaisseaux anormaux/thrombosés	<b>Réservé à l'usage du laboratoire</b> Nombre de cassette : _____ Réserve formolé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Photographie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pathologiste : _____ Ass.pat/tech. : _____
--	--	---

<b>CONDITIONS FOETALES:</b> <input type="checkbox"/> Anomalies foetales <input type="checkbox"/> Infection néonatale <input type="checkbox"/> Interruption médicale de grossesse (IMG) : Raison : _____ <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Autres conditions foetales significatives : _____	<input type="checkbox"/> Iso immunisation (Rh ou autre) <input type="checkbox"/> Convulsions, signes neurologiques <input type="checkbox"/> Procédure invasive <input type="checkbox"/> Prématurité (<37 semaines de gestation) <input type="checkbox"/> Souffrance foetale ou néonatale / tracé anormal <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra utérin (<2.5Kg ou <10e percentile)	<input type="checkbox"/> Multigestation <input type="checkbox"/> Anasarque foetale <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire <input type="checkbox"/> Suspicion Chorioamniotite
---	--	--

<b>ANOMALIES DU CORDON OMBILICAL:</b> <input type="checkbox"/> Véritable noeud serré <input type="checkbox"/> Cordon autour du cou serré	<input type="checkbox"/> Cordon court < 32 cm à terme <input type="checkbox"/> Cordon long > 80 cm à terme <input type="checkbox"/> Cordon hyper torsadé > 3/10 cm	<input type="checkbox"/> Cordon hypo torsadé < 1/10 cm <input type="checkbox"/> Insertion anormale dont vélamenteuse
--	--	---

<b>CONDITIONS MATERNELLES:</b> <input type="checkbox"/> Diabète non contrôlé ou sévère <input type="checkbox"/> Fièvre (chorioamniotite) <input type="checkbox"/> Traumatisme maternel <input type="checkbox"/> Saignement excessif <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux, conditions médicales ou résultats d'échographies pertinents : _____	<input type="checkbox"/> Thrombopathies <input type="checkbox"/> Thrombophilie <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/> Infection virale (HIV, Hépatite, etc.) <input type="checkbox"/> Olygohydroamios sévère	<input type="checkbox"/> Coagulopathie <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Polyhydroamios <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune active (SLE/lupus...)
---	---	--

Antécédent médicaux / résultat d'échographie  
 Troubles hypertensifs non contrôlés :  
 Hypertension  
 Prééclampsie / éclampsie  
 HELLP syndrome