



HSJ-2040

Nom, Prénom :

Sexe :  F  M

# Dossier

# Ass. Maladie :

Date de naissance :

ou plaquer carte

## EXAMEN VISUEL DU PLACENTA

### À compléter obligatoirement

Unité de Soins / Clinique : \_\_\_\_\_

Requérant : \_\_\_\_\_ # Licence : \_\_\_\_\_

Prélèvement fait : Date : \_\_\_\_\_ AAAA / MM / JJ Heure : \_\_\_\_\_ Prélevé par : \_\_\_\_\_

### À l'usage de l'obstétrique

<input checked="" type="checkbox"/> Placenta <input checked="" type="checkbox"/> Unique  Accouchement : <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne	Gestation :	BB			
	Heure :				
	APGAR :				
	Poids :				
	Sexe :				

**Aucun examen anatomopathologique n'est requis. La requête sera envoyée aux archives et le placenta sera gardé 7 jours pour être, par la suite, jeté dans les déchets biohazard de l'établissement**

\*\*\* Un examen visuel qualitatif du placenta est requis en complétant la section suivante.

### Examen visuel qualitatif

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> La forme semble normale   | <input type="checkbox"/> Pas d'odeur nauséabonde                     | <input type="checkbox"/> Cordon sans anomalie de l'insertion, de l'enroulement et sans constriction |
| <input type="checkbox"/> Les dimensions semblent normales                                  | <input type="checkbox"/> Pas de décoloration                         | <input type="checkbox"/> Longueur de cordon adéquate  |
| <input type="checkbox"/> Le poids semble adéquat (données qualitatives, placenta non pesé) | <input type="checkbox"/> Pas d'infarctus, masse, hémorragie          | <input type="checkbox"/> Normalement spiralé  |
|  | <input type="checkbox"/> Intégrité de la surface maternelle adéquate | <input type="checkbox"/> Membrane sans décoloration, sans couleur particulière non méconiales       |
- Autre : \_\_\_\_\_

Signature du médecin ayant fait l'examen visuel qualitatif : \_\_\_\_\_ Commentaire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ AAAA / MM / JJ Heure : \_\_\_\_\_

Lorsqu'il est jugé nécessaire de procéder à un examen anatomopathologique complet du placenta, veuillez compléter la requête **Pathologie – Placenta (F-2572)** avant l'envoi du placenta.