

RCP PREGNANT

« **PREG**nancy and **A**uto-immunity, **N**ephropathy,

**T**hrombophilic disorders »

CHU de BORDEAUX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médecin responsable du suivi du patient**  (Nom, coordonnées) |  | **Date de la demande** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient** | | | | |
| **Nom** |  | | **Date de naissance** |  |
| **Prénom** |  | |
| **Antécédents familiaux** | | HTA | ☐ Oui ☐ Non | |
| Diabète | ☐ Oui ☐ Non | |
| Thrombose veineuse ou artérielle | ☐ Oui ☐ Non | |
|  | | |
| **Antécédents personnels** | | HTA | ☐ Oui ☐ Non | |
| Diabète | ☐ Oui ☐ Non | |
| Thrombose veineuse ou artérielle | ☐ Oui ☐ Non | |
|  | | |
| **Antécédents obstétricaux**  *Préciser par ordre chronologique*   * *Nombre de grossesses* * *AG lors de l’accouchement* * *Si complications au cours de la grossesse* * *Si déclenchement* * *Mode d’accouchement* * *Si césarienne, motif* * *Poids de naissance et sexe de l’enfant* * *Si conjoint différent* | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Problématique** | | | | |
| **Avis preconceptionnel** | ☐ Oui ☐ Non | | | |
| **Grossesse actuelle** | Date de la grossesse | |  | |
| Age gestationnel (SA + x jours) | |  | |
| Tabac actuel | | ☐ Oui ☐ Non | |
| HT21 = 1/ | PAPPA = MoM | | ßHCG = MoM |
| **Histoire de la maladie**  *Incluant l’activité de la maladie :*   * *pre-conceptionnel* * *grossesse en cours* |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bilan paraclinique** | |
| **Bilan Biologique** |  |
| **Autres Examens complémentaires dont echographies foetales** |  |
| **Anatomopathologie placentaire antérieure si disponible** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prise en charge** | |
| **Prise en charge déjà réalisée** |  |
| **Traitements actuels** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis de la RCP** | | | |
| **Avis demandé** | ☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre | | |
| **Question à poser** |  | | |
| **Avis de la RCP** | **GROSSESSE :**  Consignes pré partum :  Consignes au cours de la grossesse :  Consignes anesthésiques :  Terme de l’accouchement :  Prise en charge de l’enfant à la naissance : | | |
| **CONSIGNES POST-PARTUM :** | | |
| **Membres présents lors de la RCP** |  | **Date de la RCP** |  |