

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** |   | **Poids :****Taille :****IMC :** |
| **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 |
| *Pour chaque ATCD THROMBOTIQUE, préciser* ***IMPERATIVEMENT*** *si la thrombose est* * *Spontanée ou provoquée*
* *Distale ou proximale*

  |
| **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 standard et auto-immun** |  |
| **Bilan de thrombophilie** |  |
| **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** |   |