



## Consultation STIS

**Demandeur** (nous ne donnons en principe pas d'évaluation au public directement) :

**Date de la consultation :**

Nom :

Rue :

N° tél. :

Code postale/Ville :

N° fax :

**Coordonnées patiente** (nous acceptons les consultations anonymisées avec initiales nom/prénom et année de naissance):

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**Stade actuel de la grossesse :**

Date des dernières règles :

Ultrasoun :

**Gestité :**

**Parité :**

**Antécédents :**  IVG .....  Avortement spontané .....

**Grossesse :**

Spontanée  FIV  ICSI  Stimulation ovarienne  Autre

Désirée  Inattendue et acceptée  Ambivalente  Non désirée (IVG souhaitée)

**Médicaments auxquels la patiente est ou a été exposée**

Médicament	Dose journalière	Mode d'application	Administration		Indication
			du*	au**	
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Acide folique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ?	_____	_____	_____	_____	_____

\* Date ou durée (nombre de jours / mois / années) \*\* Date, durée ou si le traitement se poursuit : EN COURS

Commentaires :

**Autres facteurs de risque compliquant cette grossesse :**

- Consommation d'alcool  oui  non  ? Quantité .....
- Consommation de tabac  oui  non  ? Quantité .....
- Consommation de drogues  oui  non  ? Substances, fréquence \_\_\_\_\_
- Hypertension  oui  non  ?
- Diabète  oui  non  ?
- Obésité  oui  non  ? Poids ..... Taille ..... (préconceptionnel)
- Antécédents d'anomalies congénitales  oui  non  ?
- Problématique psycho-sociale  oui  non  ?

Autres :



### Résultats d'examens

Test de grossesse :	Date				2	0	Résultat	
Echographie :	Date				2	0	Résultat	
Caryotype :	Date				2	0	Résultat	

Autres :

### Toxiques-chimiques :

Taux d'activité :                      Durée d'exposition :

Aération des locaux :  oui  non

Port de protection : gants, lunettes, blouse, hotte

Symptômes (ORL, céphalées) :

### Allaitement :

Age enfant :

Age gestationnel

Poids enfant :

Allaitement :

naissance :

complet  partiel

### Médecin gynécologue ou pédiatre qui fournira une catamnèse :

Nom :

Adresse :

N° tél. :