



n° réception IPG

n° analyse IPG

Les cadres orange doivent être impérativement remplis

Nom : **PATIENT**

Prénom :

Date de naissance :

J J M M A A A A

Sexe : M F

Tél. patient (facultatif) :

Adresse :
.....
.....

Mutuelle :

CT1 CT2

NISS :

Placenta

Fœtus

Médecin prescripteur Date :

Nom/Prénom :

Adresse :

N° INAMI : Signature

Copie à :

Nom bébé : **Prénom bébé :**

Date de naissance :/...../..... **Sexe :** M F

Gestité : **Parité :** **Date des DR :**/...../.....

Retour demandé pour : crémation enterrement non

Si Grossesse multiple

M / F g Spontanée

M / F g Induite

M / F g Réduction embryonnaire

Terme :/...../.....(DR) **Age de Grossesse :** semaines

Poids « début » grossesse : kg

« fin » grossesse : kg

Taille de la mère : **Tabac :**

Pathologies éventuelles pendant la grossesse :

Pathologie Gestationnelle

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> HTA isolée <input type="radio"/> Prééclampsie <input type="radio"/> HELLP Syndrome <input type="radio"/> DPPNI <input type="radio"/> SFA <input type="radio"/> RCIU <input type="radio"/> RPPE <input type="radio"/> Diabète, type :..... <input type="radio"/> Hydramnios <input type="radio"/> Oligoamnios <input type="radio"/> Rétention plac.-DM <input type="radio"/> Plac praevia/accreta 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Toxo <input type="radio"/> CMV <input type="radio"/> Strepto <input type="radio"/> Listériose <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Mort in utero** <input type="radio"/> Mort néonatale <input type="radio"/> Caryotype patho. <input type="radio"/> Malform.foetale <input type="radio"/> Image écho <p>Aspect liquide amniotique :</p>
---	---

1^{er} trimestre

Œuf clair Expulsion spontanée

Restes embryonnaires I.V.G

2^{ème} et 3^{ème} trimestre

Expulsion spontanée Expulsion provoquée

Accouchement eutocique, dystocique (F, VS, VM)

Césarienne pour

Poids du bébé/fœtus : g

Médicaments

Pendant la grossesse :

Pendant le travail :

** En cas de nanisme, d'anomalie des membres ou de toute autre anomalie squelettique, veuillez réaliser systématiquement une **RX du fœtus** avant de le mettre dans le formol (cet examen est essentiel au diagnostic)

Commentaires :

Code non-conformité:

Réservé à l'IPG

Initiales TL