

<b>Centre hospitalier</b>		Nom :	
<input type="checkbox"/> St-Jérôme	<input type="checkbox"/> Laurentien	<input type="checkbox"/> Mont-Laurier	Prénom :
<input type="checkbox"/> St-Eustache	<input type="checkbox"/> Rivière-rouge	<input type="checkbox"/> Argenteuil	RAMQ:
<b>Service</b>			
<input type="checkbox"/> UDN	<input type="checkbox"/> SOP	<input type="checkbox"/> MDN	<input type="checkbox"/> URGENCE
<b>Information prescripteur</b>			
Nom et prénom :			
N° de permis :			
Clinique / bureau :			
Adresse :			
Téléphone :			
Copie :			
Signature :			
<b>Ordonnance verbale</b>		Numéro de cas pathologie	
Signature de l'infirmière		Pathologiste:	
N° de permis		Date réception:	Heure :
<b>Renseignements cliniques</b>			
Date de l'accouchement :		Renseignements cliniques additionnels	
Heure de l'accouchement			
Âge gestationnel :			
Sexe du bébé : <input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M			
Poids placentaire :		Poids du bébé :	
Indice d'Apgar : /10		/10	/10
<b>Indications cliniques</b>			
<b>Conditions placentaires</b>		<b>Conditions fœtales:</b>	
<input type="checkbox"/> DPPNI <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire ou plus <input type="checkbox"/> Rupture des membranes > 36 heures <input type="checkbox"/> Chorioamnionite/oligoamnios <input type="checkbox"/> Autres conditions placentaires significatives :		<input type="checkbox"/> Accreta <input type="checkbox"/> Increta <input type="checkbox"/> Percreta <input type="checkbox"/> Mort in utéro <input type="checkbox"/> Anomalies fœtales <input type="checkbox"/> IMG <input type="checkbox"/> Aberration chromosomique <input type="checkbox"/> Infection néonatale <input type="checkbox"/> Signes neurologiques ou détresse importante <input type="checkbox"/> Iso immunisation (Rh ou autre) <input type="checkbox"/> Prématurité (<37 semaines de gestation) <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra utérin (<2.5Kg ou 3e percentile) <input type="checkbox"/> Réanimation ou transfert SI <input type="checkbox"/> Autres conditions foetales significatives:	
<b>Conditions maternelles</b>			
<input type="checkbox"/> Diabète sévère (gestationnel ou pas) <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Infection virale (HIV, Hépatite, etc.) <input type="checkbox"/> Infection par le streptocoque du groupe B <input type="checkbox"/> Autres conditions médicales significatives:		<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Prééclampsie /éclampsie <input type="checkbox"/> Antécédent de môle	
<b>Analyse placentaire non requise</b>			
Maladie contrôlé - Cholestase - Induction du travail - Césarienne avec absence de problème maternelle / foetale - Placenta praevia- hémorragie post-partum			
Interruption grossesse trisomie connue - liquide amniotique teinté par méconium - hyper/hypothyroïdie maternelle - artère ombilicale unique -			