

# Issue de grossesse défavorable : A compléter par le CPDPN ou l'obstétricien

## MEDECIN SIGNALANT

NOM : ..... Courriel : ..... Téléphone : .....  
Centre Hospitalier : ..... Service : .....

## MERE

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
COMMUNE DE DOMICILE : ..... TELEPHONE : .....

## AVORTEMENT SPONTANE

Date de l'avortement : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Terme de la grossesse : .....SA  
Présence d'une malformation cérébrale oui  non  Autre malformation oui  non

## MORT FCETALE IN UTERO

Date de la confirmation : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Terme de la grossesse : .....SA  
Présence d'une malformation cérébrale oui  non  Autre malformation oui  non

## INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE

Date de l'intervention : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Terme de la grossesse : .....SA  
Motif de l'IMG : Malformation cérébrale oui  non  Autre malformation oui  non

## NAISSANCE AVEC MALFORMATION

Date de l'accouchement : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Terme : .....SA  
Présence d'une malformation cérébrale oui  non  Autre malformation oui  non

## ANALYSES BIOLOGIQUES ZIKA

oui  non  en cours

### Chez la mère :

- PCR antérieure positive (sang ou urine)  Date prélèvement \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Laboratoire d'analyse : .....
- Sérologie + séroneutralisation positive sur prélèvement récent  Date prélèvement \_\_/\_\_/2016
- Séroconversion par rapport à un ancien prélèvement oui  non   
Date de l'ancien prélèvement \_\_/\_\_/2016 Labo d'analyse : .....

Sur le placenta (mère) : PCR positive  négative  Date prélèvement \_\_/\_\_/2016

Caryotype fœtal normal  anormal, préciser : .....

Dans le sang du cordon ou le liquide amniotique (fœtus) : PCR positive  négative  Date prélèvement \_\_/\_\_/2016

Caryotype fœtal normal  anormal, préciser : .....

## AUTRES DIAGNOSTICS BIOLOGIQUES CHEZ LA MERE

oui  non  en cours

- Syphilis  Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 positif  négatif
- Hépatite B  Date prélèvement : \_\_/\_\_/2016 AgHBs positif  négatif  ; AchHbc positif  négatif  ; AchHBC positif  négatif
- Hépatite C  Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 positif  négatif
- VIH  Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 positif  négatif
- Toxoplasmose Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 Séroconversion pendant la grossesse : oui  non
- Rubéole  Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 Séroconversion pendant la grossesse : oui  non
- HTLV1-2  Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 positif  négatif
- Dengue  Date prélèvement : \_\_/\_\_/2016 IgM positifs  NS1 positif  RT-PCR positive  analyse(s) négative(s)
- Cytomégalo virus  Date du dernier prélèvement : \_\_/\_\_/2016 Séroconversion : oui  non

