|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. INFORMATIONS RAPPORTEUR** | | | | | | | | | | | | |
| RAPPORTEUR  *(****Professionnel de santé (PS)****: Médecin traitant, pharmacien, sage femme, infirmière, … -*  ***Autre (non PS)****: Femme enceinte, famille...).* | | | | | **PS**  **Non PS**    Préciser : | | | | | | | |
| Coordonnées du rapporteur | | | | | Nom :  adresse :  Téléphone :  Fax :  E-mail : | | | | | | | |
| **B. INFORMATIONS SUR LA MERE** | | | | | | | | | | | | |
| Initiales | | | | |  | | | | | | | |
| Date de naissance ou âge (JJ-MMM-AAAA) | | | | |  | | | | | | | |
| Age lors de la conception | | | | |  | | | | | | | |
| Poids | | | | |  | | | | | | | |
| Taille | | | | |  | | | | | | | |
| ***Antécédents obstétricaux*** | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de grossesse(s) antérieures(s) | | | | |  | | | | | | | |
| ***Issue des grossesses précédentes (merci de fournir des informations complémentaires y compris l’âge gestationnel et les raisons, si applicable)*** | | | | | | | | | | | | |
| **Issue** | **Date(s)** | | | | | | | **Informations complémentaires** | | | | |
| naissance vivante |  | | | | | | | |  | | | |
| fausse couche |  | | | | | | | |  | | | |
| interruption volontaire grossesse |  | | | | | | | |  | | | |
| mort fœtale in-utéro tardive |  | | | | | | | |  | | | |
| grossesse extra-utérine |  | | | | | | | |  | | | |
| grossesse molaire |  | | | | | | | |  | | | |
| Autre (préciser) |  | | | | | | | |  | | | |
| Complication(s) de(s) grossesse(s) antérieure(s) | | | |  | | | | | | | | |
| Anomalie(s) fœtale(s) ou néonatale(s) antérieures(s): | | | |  | | | | | | | | |
| ***Antécédents médicaux de la mère*** | | | | | | | | | | | | |
| Situations à risque rencontrées, y compris environnemental et professionnel : | | | | | | Hypertension -  Diabète -  Troubles épileptiques - Troubles de la thyroïde -  Asthme -  Allergies -  Maladies cardiaques -  Dépression ou autres troubles psychiatriques -  Maladies sexuellement transmissibles -  Hépatite -  SIDA  Autre : Précisez | | | | | | |
| **Contraception** (Plusieurs choix possibles) | | | | | | Aucune  Inconnue  Préservatif  Contraception hormonale  Stérilisation féminine  Stérilisation masculine  Diaphragme  DIU  Retrait  Infertilité (Homme)  Abstinence périodique  Infertilité (Femme)  Spermicide | | | | | | |
| ***Grossesse actuelle*** | | | | | | | | | | | | |
| Date des dernières règles (DDR): | | | | | |  | | | | | | |
| Age gestationnel (au moment de la prise de contact avec le laboratoire pharmaceutique): | | | | | |  | | | | | | |
| Age calculé par : | | | | | | échographie ou  DDR | | | | | | |
| Age gestationnel lors de l’exposition au médicament:  (de préférence calculé par échographie en semaine(s) + jour(s)) | | | | | |  | | | | | | |
| Accouchement prévu le : | | | | | |  | | | | | | |
| Nombre de fœtus : | | | | | |  | | | | | | |
| Traitement pour l’infertilité : | | | | | | Oui  Non Si oui, précisez : | | | | | | |
| **Médicament suspectés:***[Mentionner tous les médicaments pris* ***avant*** *(****jusqu’à 20 mois pour les femmes traités par Odomzo****) et* ***pendant la grossesse*** *ou en cas* ***d’exposition paternelle*** *mentionner tous les médicaments pris* ***avant*** *la conception et* ***jusqu’à 6 mois après la dernière prise d’Odomzo]*** | | | | | | | | | | | | |
| Nom de la spécialité | | Posologie | Voie d’administration | | | | | Date de début | | Date de fin | Indication | Exposition |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | Mère  Père |
| **Exposition à des médicaments avec ou sans prescription médicale dont les suppléments (tels que l’acide folique et les vitamines) :** | | | | | | | | | | | | |
| Nom de la spécialité | | Posologie | Voie d’administration | | | | | Date de début | | Date de fin | Indication | |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | |
|  | |  |  | | | | |  | |  |  | |
| Autres expositons tels - tabac, alcool, substances illicites.  (Préciser les quantités prises et si arrêt pendant la grossesse) | | | | | | | |  | | | | |
| Résultats des tests sérologiques (Rubéole,Toxoplasmose, autre) | | | | | | | |  | | | | |
| Complications durant la grossesse (incluant tout effet indésirable) et date de survenue | | | | | | | |  | | | | |
| Diagnostics prénataux (Préciser date et résultats) – Echographie, sérologie, amniocentèse, autre. | | | | | | | |  | | | | |
| ***Accouchement*** | | | | | | | | | | | | |
| Date de l’accouchement : | | | | | | |  | | | | | |
| Accouchement : | | | | | | | Normal  Provoqué  Césarienne | | | | | |
| Complications au moment de l’accouchement : | | | | | | | Souffrance fœtale :  Oui  Non  Chronique  Aiguë  Liquide amniotique :  Clair  Teinté  Placenta anormal :  Oui  Non | | | | | |
| **C. INFORMATIONS SUR LE PERE (en cas d’exposition paternelle)** | | | | | | | | | | | | |
| Initiales | | | | | | |  | | | | | |
| Date de naissance ou âge | | | | | | |  | | | | | |
| Age lors de la conception | | | | | | |  | | | | | |
| Poids | | | | | | |  | | | | | |
| Taille | | | | | | |  | | | | | |
| Antécédents médicaux | | | | | | |  | | | | | |
| **D. INFORMATION NEONATALE** | | | | | | | | | | | | |
| Issue de la grossesse : | | | | | | | |  |  | | --- | --- | |  | Date | | naissance vivante |  | | fausse couche |  | | interruption volontaire grossesse |  | | mort fœtale in-utéro tardive |  | | grossesse extra-utérine |  | | grossesse molaire |  | | | | | | |
| Date de naissance | | | | | | |  | | | | | |
| Age gestationnel à la naissance | | | | | | |  | | | | | |
| Sexe | | | | | | |  | | | | | |
| A la naissance : | | | | | | | Poids (en kg) :  Taille (en cm) :  Périmètre crânien (en cm) : | | | | | |
| Anomalies/malformations à la naissance : | | | | | | |  | | | | | |
| Maladies détectées à la naissance : | | | | | | |  | | | | | |
| score d’APGAR   * à 1 min : * à 5 min :   réanimation effectuée  admission en soin intensif  retard de croissance intra-utérin (RCIU)  hospitalisation  thérapies médicamenteuses (précisez :      ) | | | | | | | | | | | | |
| Anomalies ou malformations diagnostiquées depuis le dernier rapport : | | | | | | |  | | | | | |
| Evaluation du développement : | | | | | | |  | | | | | |
| Pathologies chez le nourrisson (précisez :     )  Hospitalisations  Thérapies médicamenteuses (précisez :     )  Allaitement | | | | | | | | | | | | |
| **E. INFORMATIONS SUR LE FŒTUS (dans le cas d’une IVG, d’une fausse couche ou d’une mort fœtale in-utéro tardive)** | | | | | | | | | | | | |
| Raisons de l’avortement : | | | | | | | |  | | | | |
| Age gestationnel au moment de l’avortement : | | | | | | | |  | | | | |
| Résultats de l’examen physique: | | | | | | | | Sexe :  Anomalies externes :  Pathologies : | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature du rapporteur :** | **Date :** | |
| **Coordonnées du contact pour des informations complémentaires : (si différent du rapporteur)** | | |
| Nom :  Adresse : | | Téléphone :  Fax :  E-mail : |
| ***Si formulaire complété pour le compte du rapporteur***  Nom : | | Date et signature : |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :** |