|  |
| --- |
| **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 [ ]  AiguëLiquide amniotique : [ ]  Clair [ ]  TeintéPlacenta 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 :**      |