



Entité d'application : PBP- CHU - PLAQUETTES	EN_LAB_18_2952
Emetteur : PBP - P1A - IMM	Ind : 02
DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	
Page : 1/1	

PATIENT *(Etiquette patient)*

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :

FORMULAIRE DE RECUEIL D'INFORMATIONS CLINIQUES

MERE	Nom :		Prénom :		DDN :	
ATCD Obstétricaux	Oui / Non	Date	Taux de plaquettes (nadir)	Hémorragies	HIC	Traitement
ATCD d'allo-immunisation plaq.	Oui / Non					
ATCD de MFIU	Oui / Non					
ATCD de PTI	Oui / Non					
ATCD de Maladie Auto-Immune	Oui / Non		Laquelle :			
ATCD de transfusions	Oui / Non		Produits :			
Grossesse actuelle	Parité : G....P....					
Date de début :		PMA : Oui / Non	Terme :			
Anomalies écho	Oui / Non	Lesquelles :				
Traitement IV Ig	Oui / Non	Date de début :				
Traitement stéroïdes	Oui / Non	Date de début :				
Voie d'accouchement : AVB / Césarienne					Poids :	
ENFANT	Nom :		Prénom :		DDN :	
Taux de plaquettes	J0 :	J.... :	J.... :	J.... :	J.... :	J.... :
Hémorragies	Lesquelles :					
HIC	Oui / Non	Grade :				
Traitement IV Ig	Oui / Non	Date :	Dose :			
Transfusion	Oui / Non	Type :	Dose :			
Infection	Oui / Non	Laquelle :	Analyses demandées :			
Anomalies congénitales	Oui / Non	Lesquelles :				
PERE	Nom :		Prénom :		DNN :	
Changement de conjoint /grossesses antérieures ?	Oui / Non	Précisions :				
PRESCRIPTEUR	Nom	Prénom	Téléphone	Service	Mail sécurisé	
Médecin Référent pour communication des résultats						