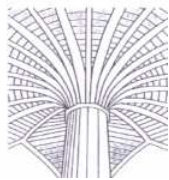


**Centre de Pharmacovigilance,
de Pharmacoépidémiologie
et d'Informations sur le Médicament.**
Directeur : Pr. J.L. Montastruc



***Unité de Renseignements :
« médicaments, grossesse et allaitement »***

**PHARMACOVIGILANCE
FICHE D'OBSERVATION
« MÉDICAMENTS ET GROSSESSE »**



Nom du déclarant :

☎ :

@ :

MERE

Nom (ou 3 premières lettres) :

Prénom :

Age :

Ethnie :

Profession :

ANTECEDENTS

Tabac: cig/j

Alcool: verres/j

Groupe sanguin :

Rhésus - +

Immunisation antérieure :

Rubéole :

Toxoplasmose :

Hépatite B :

HIV :

Syphilis :

Hépatite C :

Gynécologiques :

Contraception : *Locale Orale* *DIU*

Obstétricaux -geste(s) -pare(s)

- IVG : - FCS : - GEU :

- Enfant(s) malformé(s) :

- Commentaires :

Chirurgicaux :

Médicaux :

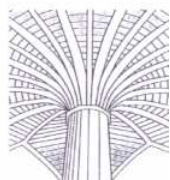
Familiaux : - Malformations :

- Consanguinité :

Exposition professionnelle : Non

Oui

Précisez



DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

Date des dernières règles :

Date de début de grossesse :

Traitement médicamenteux :

MEDICAMENTS	POSOLOGIE	INDICATION	PERIODE DE PRISE
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /

Pathologies en cours de la grossesse

- HTA :

- Diabète :

- Infection(s):

- Autre(s):

Hospitalisation en cours de grossesse : oui non

- traitement médicamenteux en cours d'hospitalisation:

MEDICAMENTS	POSOLOGIE	INDICATION	PERIODE DE PRISE
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /
-	-	-	du / / au / /

Diagnostic anténatal (dates, résultats):

- Echographies :

- Amniocentèse :

- Autre(s) :

Retard de croissance in utero :

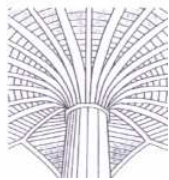
oui

non

Mort in utero :

oui

non



ACCOUCHEMENT

Date :

Accouchement : Normal Provoqué
 Césarienne Voie basse

Placenta normal : oui non

Liquide amniotique : clair teinté

Médicaments en cours de travail :

- Anesthésiques :

Nom	Dose injectée	Heures avant expulsion
-----	---------------	------------------------

.....
.....

- Analgésiques : *Morphiniques*

Nom	Dose injectée	Heures avant expulsion
-----	---------------	------------------------

.....
.....

Autres

Nom	Dose injectée	Heures avant expulsion
-----	---------------	------------------------

.....
.....

- Ocytociques

Nom	Dose injectée	Heures avant expulsion
-----	---------------	------------------------

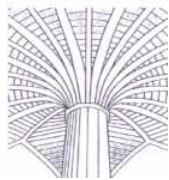
.....
.....

- Autres

Nom	Dose injectée	Heures avant expulsion
-----	---------------	------------------------

.....
.....

Commentaires :



ENFANT A LA NAISSANCE

Nom (ou 3 premières lettres) :

Prénom :

Durée de gestation (SA) :

Poids (g):

Taille (cm):

Périmètre Crânien (cm):

Sexe :

F

M

Apgar :

1 mn :

5 mn :

Souffrance fœtale :

Oui

Non

Transfert en réanimation :

Oui

Non

Durée : jours

Etat de l'enfant

.....
.....
.....
.....

Malformations :

oui

non

Nature :
.....
.....

Pathologie(s) néonatale(s) non malformative(s) :

.....
.....
.....
.....
.....

Commentaires :

.....
.....
.....