



FORMULAIRE N°3 DU DOSSIER CLINICO BIOLOGIQUE

Madame :	Monsieur :
Nom de naissance	Nom de naissance
Nom usuel	
Prénom	Prénom
née le	née le

Bilan grossesse avant 12 SA :

Grossesse débutante (hCG>100 UI) : Non Oui Perdue de vue

Grossesse avec activité cardiaque : Non Oui Perdue de vue

Réduction embryonnaire sélective : Non Oui

FCS complète avant 12 SA : Non Oui NSP

GEU : Non Oui NSP

Interruption volontaire de grossesse : Non Oui

Grossesse molaire : Non Oui

Interruption médicale de grossesse avant 12 SA : Non Oui

Bilan grossesse entre 12 et 40 SA

Grossesse évolutive ≥ 12 SA : Non Oui Perdue de vue

IMG sélective : Non Oui

Accouchement ≥ 22 SA Non Oui Perdue de vue
ou IMG ≥ 22 SA :

Si non : FCS complète spontanée après 12 SA
 IMG de 12 à 21 SA
 Perdue de vue

Si oui : IMG ≥ 22 SA : Non Oui

Date de fin de grossesse ou d'accouchement : ____ / ____ / ____

Nombre d'enfants nés :

Enfant n°1: ne pas renseigner en cas d'IMG ≥ 22 SA complète

Enfant né vivant : Non Oui

Enfant n°2: ne pas renseigner en cas d'IMG ≥ 22 SA complète

Enfant né vivant : Non Oui

Enfant n°3: ne pas renseigner en cas d'IMG ≥ 22 SA complète

Enfant né vivant : Non Oui