

DEMANDE D'AVIS au CPDP

Date ____ / ____ / ____

autorisation de passage en staff signée
par la patiente

1^{ère} présentation / /
 Suivi

NOM marital :		ADRESSE :	
NOM de naissance :			
Prénom :		Tel :	IPP : DIAMM :
Née le : / /	AGE :	Tel :	

Dossier présenté par :	Autres correspondants :
Médecin référent de la patiente :	Courrier à adresser à la patiente: Oui/non
Echographiste :	Lieu d'accouchement pressenti :

ATCD notables de la PATIENTE

- personnels : G P

- familiaux :

ATCD notables du CONJOINT: NOM :

- personnels :
- familiaux :

DG ECHO / / SA J

<u>1° TRIMESTRE</u>				<u>2° TRIMESTRE</u>		<u>3° TRIMESTRE</u>	
CN	mm	LCC	mm	MS seuls 2°tri : 1/			
Contributive	oui	non		AFP :	MoM		
CN	mm	LCC	mm	UE3 :	MoM		
Contributive	oui	non		BHCG :	MoM		
DPNI :							
AUTRE :							
RC 1°tri : 1/							
PAPP-A :		MoM					
BHCG :		MoM					
Sérologies :							

MOTIF DEMANDE D'AVIS

Joindre les documents source. Merci