

Fiche de renseignements cliniques Exploration de Thrombopénie fœtale/néonatale

IDENTITÉ DES PARENTS

MÈRE Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Groupe ABO :

Antécédents gynécologiques

Gestation : Parité :
 Fausse(s)-couch(e)s pendant le 2^{ème} trimestre :
 NON OUI (préciser le nombre) :

PÈRE Nom :
 Prénom :
 Groupe ABO :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :
 Service :
 Adresse :
 CP : () () () () Ville :
 Mail :
 Téléphone :

DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

Anomalie échographique fœtale : NON OUI : Terme :SA
 Traitement pendant la grossesse : NON OUI :
 Pathologie(s) pendant la grossesse (Thrombopénie gestationnelle, RCIU, altération du rythme cardiaque fœtal,...) :

SI L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU

Mode d'accouchement : Voie Basse Césarienne
 Nom de naissance du bébé : Prénom du bébé
 Date de naissance : () () () () Terme :SA Poids du nouveau-né :g
 Contexte infectieux : NON OUI (préciser) :
 Détresse respiratoire : NON OUI
 Signes hémorragiques : Pétéchies/ecchymoses Hémorragie intracrânienne

Numération plaquettaire du bébé :	..... 10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L
Date :	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jours après la naissance :	Accouchement (J0)					
	<input type="checkbox"/> Sang de cordon <input type="checkbox"/> Sang du bébé	J .....	J .....	J .....	J .....	J .....

SI LE NOUVEAU-NÉ A REÇU UN TRAITEMENT

Transfusion de plaquettes : Mélange de Concentrés de Plaquettes Standard (MCPS)
 Volume de produit transfusé :mL Contenu en plaquettes :10¹¹
 CPA : non-phénotypé phénotypé HPA-
 Volume de produit transfusé :mL Contenu en plaquettes :10¹¹
 CPA d'origine maternelle
 Volume de produit transfusé :mL Contenu en plaquettes :10¹¹
 Autre PSL transfusé : CGR PFC
 IgIV Posologie : Dose : Produit : CLAIRYG GAMMAGARD KIOVIG OCTAGAM
 PRIVIGEN SANDOGLOBULINE TEGELINE

Autre traitement (antibiothérapie,...) :