

## EXAMEN DU PLACENTA

Etiquette Hospitalisée ou Inscription Manuelle pour C.S.E.	Cachet de l'UF d'hospitalisation
Numéro de Consultante : <input type="text"/> <input type="text"/> Nom et Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Adresse :	Date :
Médecin Prescripteur :	

LA GROSSESSE	L'ENFANT
<p><b>TP le :</b></p> <p><b>INCIDENTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysgravidie <input type="checkbox"/></li> <li>- HTA <input type="checkbox"/></li> <li>- Oedème <input type="checkbox"/></li> <li>- Albuminurie <input type="checkbox"/></li> <li>- Fièvre <input type="checkbox"/></li> <li style="padding-left: 20px;">&gt; durée :</li> <li style="padding-left: 20px;">&gt; dates :</li> </ul> <p><b>Accouchement</b> : normal <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">liquide teinté <input type="checkbox"/></p> <p><b>Questions particulières</b></p>	<p><b>POIDS</b></p> <p><b>TAILLE</b></p> <p><b>SIGNES CLINIQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysmature</li> <li>- Hypotrophe</li> <li>- Autre</li> </ul> <p>Vivant <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/></p>

<p><b>MACROSCOPIE :</b></p> <p>Poids :</p> <p>Taille :</p> <p>G/B/P :</p> <p>Anomalies :</p>
--