PERSO-2599

CHU BDX – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX	**Entité d'application : PBP- CHU - PLAQUETTES** **Emetteur :** PBP - P1A - IMM	EN_LAB_18_2952 Ind : 02
	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	Page : 1/1

FORMULAIRE DE RECUEIL D'INFORMATIONS CLINIQUES

PATIENT *(Etiquette patient)*

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

MERE	**Nom :**		**Prénom :**		**DDN :**	
ATCD Obstétricaux	**Oui / Non**	**Date**	**Taux de plaquettes (nadir)**	**Hémorragies**	**HIC**	**Traitement**
ATCD d'allo-immunisation plaq.	Oui / Non					
ATCD de MFIU	Oui / Non					
ATCD de PTI	Oui / Non					
ATCD de Maladie Auto-Immune	Oui / Non		Laquelle :			
ATCD de transfusions	Oui / Non		Produits :			
Grossesse actuelle	**Parité : G….P….**					
Date de début :		PMA : Oui / Non	Terme :			
Anomalies écho	Oui / Non	Lesquelles :				
Traitement IV Ig	Oui / Non	Date de début :				
Traitement stéroïdes	Oui / Non	Date de début :				
Voie d'accouchement : AVB / Césarienne						Poids :

ENFANT	**Nom :**		**Prénom :**		**DDN :**	
Taux de plaquettes	J0 :	J.... :	J.... :	J.... :	J.... :	J.... :
Hémorragies	Lesquelles :					
HIC	Oui / Non	Grade :				
Traitement IV Ig	Oui / Non	Date :		Dose :		
Transfusion	Oui / Non	Type :		Dose :		
Infection	Oui / Non	Laquelle :		Analyses demandées :		
Anomalies congénitales	Oui / Non	Lesquelles :				

PERE	**Nom :**		**Prénom :**	**DNN :**
Changement de conjoint /grossesses antérieures ?		Oui / Non	Précisions :	

PRESCRIPTEUR	**Nom**	**Prénom**	**Téléphone**	**Service**	**Mail sécurisé**
Médecin Référent pour communication des résultats					