

Bordereau Fœtus

Site :

Médecin en charge :

N° dossier service :



Le responsable légal du fœtus a été dûment informé et ne s'oppose pas au traitement de ses données

Données administratives

Nom de naissance de la mère :

Nom d'usage de la mère :

1^{er} Prénom de la mère :

Nom de naissance du père :

Prénom du fœtus :

Grossesse multiple : oui non

Date début de la grossesse : ____ / ____ / ____

Sexe : Féminin Masculin Inconnu

Commune de résidence :

Si le patient n'est pas le propositus

Le patient est le/la (relation) du propositus (Prénom/Nom)

*Etiquette avec le
Numéro Identification Patient
dans l'hôpital (IPP / NIP)
de la mère ou du fœtus*

Etiquette avec l'adresse de la mère

Prise en charge

Centre de rattachement : Hors label

Date d'inclusion dans le centre : ____ / ____ / ____

- Initialement adressé par :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Venu de lui-même | <input type="checkbox"/> Centre de référence maladies rares (CRM) |
| <input type="checkbox"/> Généraliste | <input type="checkbox"/> Centre de compétences maladies rares (CCMR) |
| <input type="checkbox"/> Pédiatre (ville) | <input type="checkbox"/> Centre de protection maternelle et infantile (PMI) |
| <input type="checkbox"/> Pédiatre (hôpital) | <input type="checkbox"/> Centre de prise en charge (CAMSP, CMPP, SESSAD, ...) |
| <input type="checkbox"/> Généticien | <input type="checkbox"/> Centre de diagnostic / dépistage prénatal |
| <input type="checkbox"/> Gynéco/obstétricien | <input type="checkbox"/> Association de patients |
| <input type="checkbox"/> Autre spécialiste (ville/hôpital) | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Périnatal | |

Activité

Date de l'activité : ____ / ____ / ____ Lieu (si consultation avancée) :

Centre pour lequel l'activité est déclarée : Hors label

- Contexte :
- avis sur dossier en consultation
 - avis d'expertise sur un dossier de : <15 min | <30 min | 30 min et +
 - autre :

- Objectif(s) :
- diagnostic
 - mise en place de la prise en charge
 - suivi
 - conseil génétique
 - diagnostic prénatal
 - prise en charge en urgence
 - acte médical
 - protocole de recherche

Profession(s) intervenant(s) :

- Médecin
- Conseiller(e) en génétique
- Infirmier
- Autre :

Nom(s) intervenant(s) :

Diagnostic

Statut actuel du diagnostic : en cours
 probable
 confirmé
 indéterminé

Appréciation du diagnostic à l'entrée du centre : absent
 non approprié
 approprié

Type d'investigation(s) réalisée(s) :

- clinique
 biochimique
 biologique
 test génétique
 Chromosomique (caryotype standard, FISH)
 ACPA (CGH-Array, ...)
 Séquençage ciblé (1 ou plusieurs gènes)
 Séquençage non ciblé (Mendéliome, Exome, Génome)
 Autre méthode
 imagerie
 autre :

Premiers signes en anténatal :

- oui
 non
 non déterminé

Diagnostic en anténatal :

- oui
 non
 non déterminé

Maladie rare (Orphanet) :

Description clinique :

Signes atypiques :

Gène (HGNC) :

Anomalie chromosomique :

Mutation :

Sujet apparemment sain : oui non

Cas : sporadique familial

Mode de transmission :

- autosomique dominant multifactoriel
 autosomique récessif chromosomique
 lié à l'X non déterminé
 mitochondrial

Issu d'une union consanguine : oui non

Anté et néonatal

Assistance médicale à la procréation : oui
 non

Présence d'anomalie(s) anténatale(s) :

- non unique multiple

Terme auquel la/les anomalie(s) a/ont été diagnostiquée(s) semaines

Type d'examen anténatal	Examen effectué	Anomalie détectée
Échographie/échocardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scanner/scanner 3D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRM/IRM cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsie du Trophoblaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amniocentèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cordocentèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marqueurs sériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caryotype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fin de grossesse

Type de fin de grossesse : ISG
 Fausse-couche
 Mort foetale in-utero
 IMG
 naissance (dans ce cas, compléter un bordereau Patient)

Date du décès : / /

Précision du terme : **SA**

Fœtopathologie : examen effectué
 pas d'examen

Recherche

Échantillon biologique pour la recherche prélevé : oui non

Échantillon biologique pour le diagnostic moléculaire prélevé : oui non