

# Bordereau Fœtus

Site : .....

Médecin référent MR : .....

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<sup>er</sup> Prénom de la mère : .....

Nom de naissance du père : .....

Grossesse multiple :  oui  non

Prénom du fœtus : .....

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 site MR : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

## 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 personnel 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

**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 : .....

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

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

**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