



Biomnis

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)-couche(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	J	J	J	J	J
<input type="checkbox"/> Sang du bébé						

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,...) :