

Fiche d'adressage au GHPSO pour prise en charge « urgente »

Date :

Demande émise par : (Nom – Fonction – Numéro de téléphone – Adresse mail)

Accord de la patiente : Oui Non

COORDONNÉES DE LA PATIENTE
Nom / prénom: Date de naissance : Adresse : Téléphone : Adresse mail : Gestité : Parité :

ANAMNÈSE	
ANTÉCÉDENTS	GROSSESSE ACTUELLE
Médicaux : Obstétricaux :	Déclaration tardive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Grossesse multiple : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date prévue de l'accouchement : Déroulement de la grossesse jusqu'à ce jour : Traitement actuel :

CONTEXTE DE CETTE GROSSESSE
Dépression, anxiété..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicap : moteur / sensoriel... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pathologie psychiatrique..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Addiction :..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel produit ? <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogue Substitution : Suivi psychologique en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> Patiente Non francophone <input type="checkbox"/> Situation irrégulière <input type="checkbox"/> Précarité financière <input type="checkbox"/> Vit en foyer ou chez un tiers <input type="checkbox"/> Monoparentalité <input type="checkbox"/> Rencontre avec une assistante sociale Nom du professionnel :
--

MOTIFS DE LA TRANSMISSION**DOCUMENTS JOINTS**

- Echographies
- Bilans sanguins
- Autres :

SUITES DONNÉES A LA TRANSMISSION

Retour (via adresse mail) fait au transmetteur le :
Signature :