

Programme de surveillance des anomalies congénitales

Numéro d'identification du cas : Date de signalement : (jj/mm/aaa)	Nom de l'établissement de santé : Ville: Province/État/Territoire:
--	--

FOETO/NOUVEAU-NÉ

PARENTS

Nom, si disponible :				Prénom(s) du père :			
Date de naissance:	(jj/mm/aaa)			Nom(s) de famille du père:			
Date de diagnostic de l'anomalie congénitale:	(jj/mm/aaa)			Date de naissance du père:	(jj/mm/aaa)		Âge du père: (années entières)
Sexe:	masculin	fémenin	ambigu	donnée manquante/ inconnu			
Issue à la naissance:				Race/origine ethnique:			
Naissance vivante	Mort fœtale			Prénom(s) de la mère:			
Interruption de grossesse programmée pour anomalie congénitale fœtale				Nom(s) de famille de la mère (y compris nom de jeune fille):			
Âge gestationnel :	(semaines entières)						
Estimation la meilleure: Échographie	DDR:		(jj/mm/aaa)	Date de naissance de la mère:	(jj/mm/aaa)		Âge de la mère: (années entières)
	Autre:						
Poids:	(grammes)	Longueur:	(cm)	Race/origine ethnique:			
Périmètre crânien:	(cm)			Adresse principale au cours du 1er trimestre de grossesse:			
Naissance multiple:	Oui	Non					
Si oui, préciser:				Ville:	Province:		
Photographies prises:	Oui	Non		Adresse actuelle (si différente de celle indiquée ci-dessus):			
Nouveau-né décédé:	Oui	Non					
Si oui, indiquer la date de décès:	(jj/mm/aaa)			Ville:	Province:		
Cause du décès:				Téléphone:	Mort-nés:		
				Avant cette grossesse, nombre total de: Naissances vivantes:			
Mort-nés:	Oui	Non	Si oui, donner des informations détaillées au dos de cette feuille	Avortements spontanés:		Interruptions de grossesse:	

Les parents du foeto/nouveau-né ont-ils un lien de parenté	Oui	Non	Si oui, préciser:	
Cousins germains	Cousins au deuxième degré	Tante-neveu	Oncle-nièce	Autre (préciser):

Anomalies congénitales présentes	Description complète de l'anomalie congénitale (utiliser le dos du formulaire si nécessaire)	Code CIM-10	C ou P*
1.			C P
2.			C P
3.			C P
4.			C P
5.			C P
6.			C P
7.			C P
8.			C P
9.			C P
10.			C P

Tests diagnostiques réalisés, résultats en attente, notes et commentaires:

* C = Diagnostic confirmé
P = Diagnostic possible

Nom de l'agent remplissant le formulaire:			Coordonnées:
Médecin	Infirmier	Autre (préciser):	

Informations supplémentaires pour la personne qui pratiquera l'autopsie:

Informations supplémentaires sur l'anomalie congénitale: