

Geburtsprotokoll français

Protocole de naissance

Jahr	Nr.
------	-----

Anamnese erhoben:

français: non(nein) oui (ja)

_____ Datum Unterschrift

Nom (Name): _____ Nom de naissance (geb.): _____

né le (geb. am): _____ Profession (Beruf): _____

Adresse: _____

Mari/Partenaire(Ehemann/P.) _____ Profession (Beruf): _____

Gynécologue (Gyn.): _____ Sage-femme (Hebamme): _____

Téléphone: _____ Assurance maladie (KV): _____

Téléphone des parents: _____ Assurance maladie privée (privat): _____

_____ G _____ P _____ dernières règles (Letzte Regel): _____

Alter _____ ET: - rechnerisch: _____

- Ultraschall: _____

- korrigiert: _____

Perte de liquide amniotique (Blasensprung): _____

Anmerkungen/Wünsche: _____

Allergie: _____

Opération: _____

Maladies (Krankheiten): _____

Besonderheiten bei vorausgegangenen Geburten: _____

Schwangerschaftsverlauf: _____

Vortest-GDM(50g):janeinunauff.auff. | Diagnosetest-GDM(75g):janeinunauff.auff.

GDM: ja nein nicht getestet diätetisch insulinpflichtig

Pränatale Gendiagnostik: nein invasiv nicht invasiv | HIV -Test durchgeführt: oui non

1.Untersuchung: _____

1. Ultraschall: _____

Nabelschnurrestblutspende gewünscht: ja nein

Blutgruppe der Mutter: _____

Untersuchungsdatum: _____

AK: _____ Strept.: _____ Röteln IgG: _____ Immunität: ja nein

LSR: _____ Cytomegalie: _____ HBsAg: _____ Datum: _____

Chlamydien: _____ Herpes: _____ Toxoplasmose: _____

Antécédents personnels (Eigenanamnese)

Taille (Größe): _____ Varicelle (Windpocken): oui non

Poids en debut de grossesse(Anfangsgewicht): _____ à la naissance(bei Entbindung): _____

Varices (Krampfadern): oui non

Rétention d'eau (Oedeme): oui non

Nicotine pendant la grossesse (Nikotin): non oui, (wieviele pro Tag) _____ Cigarettes

Alcool pendant la grossesse (Alkohol in der Schwangerschaft): non oui

Règles régulièrement (Periode regelmäßig)? oui non

Pilule anticontraceptive (Hormonelle Verhütungsmittel): oui non

Fausses couches (Fehlgeburten): oui non

Avortements (Abbrüche): oui non

Transfusion sanguine (Bluttransfusion): oui non

Médicaments pendant la grossesse (Medikamente in der Schwangerschaft): non oui

Quels et combien Dosage (welche und Dosierung): _____

Voulez-vous allaiter (Stillwunsch)? oui non

Avez-vous pris un antibiotique au cours des 6 dernies mois (Antibiotikaabfrage)? non oui

Avez-vous été hospitalisé au cours des 6 dernies mois (stat. Aufenthalt)? non oui