

**CR staff Anesthésie Obstétrique
Cardiopathie et grossesse**

Date : Lieu :

**P
A
T
I
E
N
T
E**

NOM et PRÉNOM :
 Date de naissance : / /
 Tél :
 Adresse :

ÉTIQUETTE PATIENTE

**S
U
I
V
I**

G..... P..... DG :...../...../..... TP :...../...../.....
 Référent de suivi de grossesse : Tél :
 Médecin traitant : Tél :
 Cardiologue référent : Tél :
 Maternité référente :

**R
É
S
U
M
É**

Type de cardiopathie :
 Classification OMSm :
 CR/avis cardiologue :
 Terme actuel :
 Résumé grossesse :

 Consultations programmées/ examens à récupérer :

**C
A
T**

Modalités Accouchement : **Lieu :** **Terme :**

Voie basse
 Efforts expulsifs autorisés : oui / non
 Recommandations :

Césarienne
 Indication médicale :
 Indication obstétricale :

Modalités Anesthésie :

Si voie basse :
 APD d'indication médicale : oui / non
 Recommandations :

Si césarienne :
 APD titrée / Péri-rachi / AG
 Recommandations / drogues autorisées :

AVIS RÉA : ECMO en salle : oui / non

Lieu de surveillance post op :

Commentaires éventuels :

.....

