



Carnet de Maternité

Dossier médical



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

La patiente

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Âge :

Adresse :

Téléphone :

Langue parlée :

Profession :

Le partenaire

Nom :

Prénom :

Groupe sanguin :



Habitudes de vie

Tabac : Non Oui Nombre / jour :

Alcool : Non Oui Nombre / jour :

Drogues : Non Oui Nombre / jour :

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Médicaments : Non Oui Nombre / jour :

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Antécédents héréditaires et familiaux

MATERNELS

PATERNELS

HTA

Diabète

Maladies héréditaires

Malformations

Allergies

Autres

.....

.....

Antécédents spécifiques

Dysplasie des hanches parents – fratrie

Ictère fratrie

Antécédents maternité fratrie

Antécédents

Médicaux :

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

Gynécologiques :

.....

.....

Obstétricaux :

.....

.....

Date	Lieu	Terme	Grossesse	Accouchement	Nouveau-né

Vaccinations

Grippe : Proposée Réalisée le / / Refusée

COVID-19 : Proposée Réalisée le / / Refusée

Coqueluche : Proposée Réalisée le / / Refusée

Autres : Proposée Réalisée le / / Refusée

.....

.....

.....

Bilans biologiques (début grossesse)

Ou voir les résultats biologiques joints au carnet

Groupe sanguin	A	B	AB	O
Rhésus	positif		négatif	
RAI	positif		négatif	

Bilan biologique réalisé le :

Rubéole :

Toxoplasmose :

Syphilis :

Recherche Ag HBs : Vaccinée : Non Oui

Sérologie VIH 1 et 2 :

Autre :

.....

Matricule :

Sérologie hépatite :

Hémoglobine :

Plaquettes :

Electrophorèse de l'hémoglobine : Non Oui

NIPT : Fait Refus

Bilan glycémique :

Varicelle :

Hépatite C :

Parvovirus :

CMV :

Autre :

.....

Echographies

Ou voir les échographies en pièces jointes

1^{er} trimestre :

Date / / Nombre d'embryon(s)

Terme : CN :

BIP : LCC :

Autres :

Conclusion :

.....

.....

.....

2^e trimestre :

Date / /

Conclusion :

.....

.....

.....

3^e trimestre :

Date /..... /.....

Conclusion :

.....

.....

.....

.....

.....

Autres échographies :

Date /..... /.....

.....

Grossesse

Date théorique d'accouchement : le /..... /.....

Date dernières règles : le /..... /.....

Echo : le /..... /.....

Poids de départ :

Taille :

Gestité :

Parité :

Hospitalisations

Date : le /..... /..... **Durée :** **Lieu :**

Motif :

.....

Date : le /..... /..... **Durée :** **Lieu :**

Motif :

.....

Autres examens

Ou voir les résultats biologiques joints au carnet

Amniocentèse : Oui **Motif :**

HGPO : normale : pathologique : **Date** /..... /.....

Frottis cervical : Non Oui

Recherche Streptocoque B : le /..... /.....

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Matricule :

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Matricule :

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Matricule :

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Matricule :

Date /..... /..... /..... /.....
Âge gestationnel		
Tension artérielle		
Poids		
Bruits cœur foetal		
Présentation fœtus		
CTG		
Estimation pondérale		
Examen vaginal		
Frottis vaginal		
Anticorps irréguliers		
Toxoplas-mose		
Rubéole		
CMV		
Rhogam		
Consultation spécialiste		
Urines		
Glucose		
Protéines		
Sang		
Nitrites		
Acétone		
Commentaires		

Accouchement

Date de naissance : le / / **Heure de naissance :** à:.....

Lieu de naissance :

Âge gestationnel :

Présentation : Sommet Siège Transverse
Autre

Début de travail : Spontané Déclenché
Césarienne avant travail

Rupture des membranes : - de 12h + de 12h

Analgésie : Aucune Péridurale Rachianesthésie
Générale Autre

Mode d'accouchement : Voie basse Voie basse forceps
Voie basse ventouse Césarienne primaire Césarienne secondaire

Périnée : Intact Eraillure Episiotomie Déchirure

Délivrance complète : Oui Non

Délivrance : Spontanée Dirigée Délivrance manuelle

Hémorragie : Oui Non

Remarques :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le nouveau-né

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe : M F Autre

Poids :gr **Taille :**cm **PC :**cm

Apgar : 1' 5' 10'

Allaitement :

Réanimation : Non Oui

Transfert en néonatalogie : Non Oui

Remarques :

.....
.....

Le nouveau-né (jumeau)

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe : M F Autre

Poids :gr **Taille :**cm **PC :**cm

Apgar : 1' 5' 10'

Allaitement :

Réanimation : Non Oui

Transfert en néonatalogie : Non Oui

Remarques :

.....
.....

Le nouveau-né (triplé)

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe : M F Autre

Poids :gr Taille :cm PC :cm

Apgar : 1' 5' 10'

Allaitement :

Réanimation : Non Oui

Transfert en néonatalogie : Non Oui

Remarques :

.....
.....

Consultations prévues

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Le / / à:.....

Docteur Sage-femme :

Matricule :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Le /.... /..... à:

Docteur Sage-femme :

Consultation d'anesthésie :

Le /.... /..... à:

Cours de préparation à la naissance :

Le /.... /..... à:

Consulation échographie morpho :

Le /.... /..... à:

Demandes d'allocations:

www.cae.public.lu/fr/demarches/formulaires