

Fiche de soins prénatals

Nom et prénom de la mère _____ Age _____ Nombre d'enfants _____ Date du dernier accouchement: _____

Date des dernières règles _____ Date probable d'accouchement _____ Problèmes avec les autres accouchements _____

Date de la visite	Mois de grossesse	Problèmes généraux et mineurs de santé	Anémie	Poids	Température	Battements du cœur	Tension artérielle	Signes de pré-éclampsie	Protéines dans l'urine	Autres signes d'alerte	Taille de l'utérus	Position du bébé dans l'utérus	Battements de cœur du bébé