



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 / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

Date / /

.....

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		

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:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Le / / à:.....

Consulation échographie morpho :

Le / / à:.....

Demandes d'allocations:

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