



CENTRE DE REFERENCE DES MALADIES TROPHOBLASTIQUES - LYON

Centre Hospitalier Lyon Sud – Bâtiment 3 B – 2^{ème} étage
165 Chemin du Grand Revoyet - 69495 Pierre Bénite
Attachée Scientifique : Tél. 04.78.86.66.78 Fax. : 04.78.86.65.54
E-Mail : daniel.raudrant@chu-lyon.fr
francois.golfier@chu-lyon.fr

Formulaire d'enregistrement pour les patientes atteintes d'une môle hydatiforme

MEDECIN AYANT CONTACTE LE CENTRE

Médecin:.....
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Tél : Fax : E-mail:.....

IDENTITE DE LA PATIENTE (ou joindre une étiquette d'identification)

Nom (lettres majuscules) :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Code Postal de naissance :
Tél : **Email** :

MEDECIN TRAITANT (si différent du médecin ayant contacté le centre)

Médecin :
Adresse:.....
.....
Code postal : Ville :
Tél : Fax:..... E-mail:.....

LABORATOIRE DE BIOLOGIE (où les prélèvements sanguins se font ou se feront)

Coordonnées du laboratoire:.....
.....
.....

HISTOIRE OBSTETRICALE

Antécédents obstétricaux

Groupe sanguin :

Patiente :

Conjoint :

Nombre de nouveau-nés vivants :

Nombre de grossesses avant la grossesse molaire actuelle:

- La grossesse précédant la grossesse molaire actuelle était :**
- Un accouchement
 - Une fausse couche spontanée
 - Une IVG
 - Une IMG
 - Une môle partielle
 - Une môle complète

Date de terminaison:.....

Grossesse Actuelle

Date des dernières règles avant l'évacuation de la môle :

Date de la première évacuation de la môle hydatiforme :

Aspirations itératives OUI NON **Date de ces aspirations :**
.....
.....

Radio Pulmonaire post évacuation : OUI NON
Date :

RP normale : OUI NON

Localisations pulmonaires :

Commentaire

.....

.....

.....

Date du dernier contrôle échographique :

**Formulaire d'enregistrement des patientes atteintes
d'une môle hydatiforme**

Classification initiale de la môle (d'après le compte rendu d'anatomopathologie initial) :

- Coordonnées du laboratoire :
- Classification :
 - Môle hydatiforme partielle
 - Môle hydatiforme complète
 - Grossesse gémellaire avec môle partielle ou complète
- **Transmettre une copie du CR anapath**

Localisation de la môle : Utérus Ectopique

EVENEMENTS AYANT CONDUIT AU DIAGNOSTIC (cocher les réponses appropriées)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Saignements | 2. <input type="checkbox"/> Compte rendu anatomo- pathologique | 3. <input type="checkbox"/> Echographie | 4. <input type="checkbox"/> Fausse couche spontanée incomplète |
| 5. <input type="checkbox"/> Kystes ovariens | 6. <input type="checkbox"/> Elévation anormale des βhCG | 7. <input type="checkbox"/> Utérus trop gros pour l'âge gestationnel | 8. <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine |
| 9. <input type="checkbox"/> IVG | 10. <input type="checkbox"/> Anomalie fœtale | 11. <input type="checkbox"/> Curetage endomètre | 12. <input type="checkbox"/> HTA gravidique |
| 13. <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie | 14. <input type="checkbox"/> Anémie | 15. <input type="checkbox"/> Vomissements | 16. <input type="checkbox"/> Autres : |

METHODES D'EVACUATION (cocher les réponses appropriées)

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Spontanée | 4. <input type="checkbox"/> Aspiration - Curetage sans contrôle échographique | 6. <input type="checkbox"/> Syntocinon |
| 2. <input type="checkbox"/> Hystérotomie | | 7. <input type="checkbox"/> Prostaglandines |
| | 5. <input type="checkbox"/> Aspiration - Curetage sous contrôle échographique | 8. <input type="checkbox"/> Mifepristone (RU 486) |
| 3. <input type="checkbox"/> Hystérectomie | | |