

NOM | _____ | Prénom | _____ | Date de naissance |__|__|__|

Etude TYSEDMUS
Fiche grossesse-allaitement

Date de consultation : |__|__|__|

1. Date des dernières règles ? |__|__|__|

2. Date de la dernière perfusion de Tysabri® ? |__|__|__|

3. Suivi de la grossesse :

Quels examens ont été réalisés ?

- échographie
- amniocentèse
- test alpha foetoprotéine
- sérologie (ex : rubéole, toxoplasmose,..)
- autres

Quels en sont les résultats ?
.....
.....

4. Date de l'accouchement ? |__|__|__|

5. Quel est l'issue de la grossesse ?

- Normale à terme
- Naissance prématurée
- Avortement spontané
- Avortement thérapeutique
- Interruption volontaire

} Dans ces 3 cas, passez directement à la question 9.

6. L'enfant est t-il en bonne santé ?

- Non
- Oui

7. Quel est son sexe ?

- Masculin
- Féminin

8. Quel a été son poids de naissance ? | _____ | g

9. La femme allaite-t-elle ?

- Non
- Oui

10. Commentaires : (par exemple, en cas de malformations, précisez...)
.....

11. Le Tysabri® sera-t-il repris ?

- Non
- Oui, si oui précisez la date : |__|__|__|

Merci de faxer cette fiche au centre coordinateur EDMUS au 04 72 12 97 14

**Cachet professionnel
(ou coordonnées du neurologue)**