



A
le...../...../.....

Objet : Demande de prise en charge – *[Nom de la patiente]*

Bonjour,

Je vous contacte au sujet de Mme *[NOM Prénom]*,
née le *[date de naissance]*,
joignable au *[numéro de téléphone]*.

Il s'agit d'une patiente *[primipare / multipare]*,
dont la date de début de grossesse est le *[DDG]*

Elle est actuellement à *[terme en SA + jours]*.

L'échographie du 1er trimestre est *[normale / à préciser]*,
et les marqueurs sériques sont *[normaux / à préciser]*.

Ses principaux antécédents sont les suivants :

- *[antécédent médical ou obstétrical n°1]* ;
- *[antécédent médical ou obstétrical n°2]* ;
- *[antécédent médical ou obstétrical n°3]*.

Elle est actuellement suivie par *[spécialiste / établissement / service]*,
pour *[motif du suivi]*.

Son traitement actuel est le suivant : *[traitement(s) en cours]*.

Je lui remets ce jour son dossier médical complet, qu'elle apportera lors de sa première consultation à la maternité.

Je vous remercie par avance pour la prise en compte de ces éléments.

Bien cordialement,

[Nom / signature]