PERSO-2867

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR DIAGNOSTIC PRENATAL DE LA TOXOPLASMOSE

PATIENTE	
Nom :	Adresse :
Prénom :	
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Téléphone :

MEDECIN PRELEVEUR	**MEDECIN TRAITANT**
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :
Fax :	Fax :

GROSSESSE ACTUELLE			
DDR : ……	DDG : ……	□ Grossesse mono-fœtale	□ Grossesse gémellaire

Indications :
Résultats des sérologies toxoplasmiques si diagnostic de séroconversion réalisé hors CHU :

Accusé de réception par le laboratoire de Parasitologie-Mycologie

Prélèvement de liquide amniotique

Date et heure de réception au laboratoire : .....

Prélèvement : □ Conforme □ Non conforme : ……

Signature du biologiste :