CHU Hôpitaux de Bordeaux	**Entité d'application : PBP et Etablissements extérieurs** **Emetteur : PBP-P2A- Parasitologie - Mycologie**	**EN-LAB-3004**
	ENREGISTREMENT	Ind : 001 Page : 1/1

Fiche de suivi de grossesse après le diagnostic pré-natal de toxoplasmose congénitale

Date d'application : 16/03/15

A compléter pour tout diagnostic anténatal, en vue d'établir un rapport d'activité

Médecin prescripteur : .....Tel/Fax :.....

Service (UG), Hôpital : .....

Nom de la patiente : .....

Prénom de la patiente : .....

Date de naissance Nombre de semaines d'aménorrhée: .....

Indication et date du DPN :

Résultat du DPN : :……

□ *Toxoplasma gondii* détecté ..... □ *Toxoplasma gondii* non détecté

Merci de compléter les informations suivantes :

Devenir de la grossesse :

- ☐ *Poursuite de la grossesse*
- ☐ *Interruption médicale de grossesse*
  - ☐ *pour la maladie recherchée*
  - ☐ *pour une autre affection (précisez) :*
- ☐ *Fausse couche spontanée*
- ☐ *Date et établissement de naissance, nom et prénom de l'enfant :*
- ☐ *Autre (précisez) :*

Diagnostic chez l'enfant :

Prélèvements réalisés chez l'enfant pour le diagnostic de la toxoplasmose congénitale et résultat ?

☐	*sang de cordon*	□ positif	□ négatif
☐	*placenta*	□ positif	□ négatif
☐	*liquide céphalo rachidien*	□ positif	□ négatif
☐	*sang périphérique (suivi sérologique)*	□ positif	□ négatif
☐	*autre (précisez) :……*	□ positif	□ négatif
☐	*aucun prélèvement réalisé*	□ positif	□ négatif

Nouveau né symptomatique ?

- ☐ *oui (précisez) :……*
- ☐ *non*

Merci de renvoyer cette fiche au laboratoire suivant :

Dr Isabelle ACCOCEBERRY
Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux
Place Amélie Rabat Léon
33076 Bordeaux CEDEX
Tel : 05 56 79 57 40 Fax : 05 56 79 56 73