FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SEROLOGIE TOXOPLASMOSE FEMME ENCEINTE / A ADRESSER AU LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

TAMPON LABORATOIRE DEMANDEUR	MEDECIN PRESCRIPTEUR
(Nom, Adresse, Tél, Fax)	Nom :
	Prénom :
	Adresse :
	Tél :
	Fax :
Adresse mail sécurisée (MSSanté ou APICRYPT) :	Adresse mail sécurisée (MSSanté ou APICRYPT) :
Ou joindre fiche dactylographiée avec en–tête du laboratoire expéditeur pour un enregistrement et un envoi des résultats optimaux	

IDENTIFICATION PATIENTE	
Nom de jeune fille :	Ou Etiquette patiente :
Nom usuel :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	

Grossesse :

Date de Grossesse (DDG) : ……/……/…… Date des dernières règles (DDR) : ……/……/……

Traitement par Rovamycine :

❑ NON ❑ OUI Date de mise sous traitement : ……/……/……

Sérologie antérieure connue :

❑ NON ❑ OUI Si oui précisez : …….

SERUM(S) A EXPERTISER	
Référence dossier Laboratoire demandeur :	Date sérum :
Référence dossier Laboratoire demandeur :	Date sérum :
Référence dossier Laboratoire demandeur :	Date sérum :
⇨ **JOINDRE LES RESULTATS OBTENUS PAR LE LABORATOIRE DEMANDEUR**	

Code enregistrement CHU Bordeaux : MTOXO (1 dossier par sérum)