

**Pour toute demande, veuillez joindre :**

Le bon de demande d'examens de laboratoire (BMS 4308) pour les établissements extérieurs au CHU de Dijon

Le bon de demande d'examen de Foetopathologie (IM-2014-0065 BMS 8731)

Le fœtus à l'état frais

Le bon de demande d'examen histopathologique du placenta (IM-2015-0358 BMS 8730)

Le placenta à l'état frais pour le CHU Dijon ou fixé pour les établissements extérieurs

La fiche d'autorisation d'autopsie SIGNÉE PAR LES PARENTS (IM-2015-0361 BMS 8741)

La radiographie du squelette entier (quelque soit le terme).

La fiche de liaison (si CHU de Dijon) (IM-2015-0360 BMS 8733)

**Bon de demande d'examen de FOETOPATHOLOGIE**

Identification patient	Identification prescripteur
<p><i>Etiquette d'identification du patient</i>                      Avec NDA et NIP                      à coller ici                      (OBLIGATOIRE)</p>	<p>UF de réalisation du prélèvement ( obligatoire si CHU ) :</p> <p>Service et Centre hospitalier (obligatoire si hors CHU) :</p>
	<p>Médecin prescripteur :</p> <p>- Nom Prénom :</p>
	<p>Interlocuteur :</p> <p>- Nom Prénom :</p> <p>- Tel :</p>

**Renseignements Fœtus**

Semaines d'aménorrhée: SA + jours	Sexe :	Poids :	Taille :
Pathologie :			
<p><b>Date et heure de naissance : (obligatoire)</b>                      Date : / / 20                      Heure : h mn</p>		<p><b>Date et heure de décès : (obligatoire)</b>                      Date : / / 20                      Heure : h mn</p>	

**Type de décès :**

mort né	né vivant et non viable	né vivant	macéré
---------	-------------------------	-----------	--------

**Renseignements cliniques**

<p><b>Grossesse actuelle :</b>                      Arrêt de grossesse spontané                      Arrêt de grossesse provoqué                      Fausse couche spontanée (précoce/tardive)</p>	<p>Pathologie et anomalies constatées au cours de la grossesse : non oui (préciser):</p> <p>Echographies: normales pathologiques (préciser):</p>
<p><b>Autres renseignements :</b></p>	

<p><b>Antécédents maternels obstétricaux :</b>                      Gestation : Parité :                      Naissances vivantes : non oui                      Nombre :                      Pathologie :                      FCS / MFIU : non oui                      Nombre :                      Terme :                      Pathologie :</p>	<p><b>Examens réalisés :</b>                      Caryotype : non oui (résultat):                      Radios : non oui                      Examens paracliniques effectués :                      non oui (préciser et joindre les résultats) :</p> <p><b>Signature du médecin (nom, prénom)</b></p>
--	--