



**FORMULAIRE de RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR le
DIAGNOSTIC NEONATAL de la TOXOPLASMOSE par PCR
sur PLACENTA**

8198.1
1
Page 1/1

Votre référence: 6143-PREA-IM-8198

Autre référence : IM-2017-0423

Mère :

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Enfant

NOM - Prénom :

DATE DE L'ACCOUCHEMENT :

DATE DE L'INFECTION MATERNELLE :

(Joindre une photocopie des résultats antérieurs)

RESULTATS DE L'AMNIOCENTESE (si elle a été réalisée) :

Date de réalisation :

Age gestationnel ou date des dernières règles :

Signes échographiques :

TRAITEMENT :

Médicament(s) et date de début :

PRELEVEMENT:

Totalité du placenta, à défaut 100 grammes au minimum

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRELEVEMENT (disponibles sur <http://mp-ptb.chu-dijon.fr>)

- Cette feuille de renseignements
- L'ordonnance ou la feuille de demande au CHU DIJON
- Pour les laboratoires extérieurs, la *fiche d'accompagnement des prélèvements transmis au CHU de DIJON* (http://mp-ptb.chu-dijon.fr/gallery_files/site/2/163.pdf)

Adresse résultats :

Adresse facturation :

Laboratoire de Parasitologie et Mycologie
PBHU - 2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 - 21070 Dijon Cedex
Tel : 03 80 29 35 23 - Fax : 03 80 29 32 80