

**FORMULAIRE de RENSEIGNEMENTS CLINIQUES pour
le DPN de la TOXOPLASMOSE CONGENITALE**8199.3
Page 1/1**Votre référence :**
6143-PRE-IM-8199-MOD FI V4**Autre référence :**
IM-2016-0056**Première diffusion de la version**
13/04/2023

NOM - Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

SEROLOGIES MATERNELLES : (Joindre une photocopie des résultats antérieurs)

Dates :			
IgG :			
IgM :			

AMNIOCENTESE :

Médecin préleveur (Nom et adresse) :
Date du prélèvement :
Age gestationnel ou date des dernières règles :
Signes échographiques :

TRAITEMENT :

Médicament et date de début :

PRELEVEMENT:

30 ml de liquide amniotique sur flacon stérile

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRELEVEMENT (disponibles sur <https://chu-dijon.manuelprelevement.fr/DocumentsNew.aspx>)

- Cette feuille de renseignements
- La **feuille de consentement** à la réalisation d'un diagnostic anténatal in utero signée par la patiente ([BMS 8152](#))
- L'ordonnance ou la feuille de demande au CHU DIJON
- Pour les laboratoires extérieurs, le **bon de demande d'examen de laboratoire**, disponible dans le manuel de prélèvement (<https://chu-dijon.manuelprelevement.fr/DocumentsNew.aspx>)

Adresse résultats :**Adresse facturation :****Laboratoire de Parasitologie et Mycologie**

PTB - 2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 - 21070 Dijon Cedex

Tel : 03 80 29 33 01 - Fax : 03 80 29 57 17