

 FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES EN VUE DU DPN D'AGENT INFECTIEUX (CMV)	13342.3 Page 1/1	
	Votre référence : 6114-PREA-IM-13342-MOD FI V4	Autre référence :

PRELEVEMENT DE LIQUIDE AMNIOTIQUE
Pour recherche d'agent infectieux (Cytomégalovirus - CMV)

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 :

PRELEVEMENT:

10 ml de liquide amniotique sur flacon stérile

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRELEVEMENT :

- 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, la *fiche d'accompagnement des prélèvements transmis au CHU de DIJON*

Adresse résultats :

Adresse facturation :

Service de microbiologie et agents transmissibles
PBHU - 2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 - 21070 Dijon Cedex
Tel : 03 80 29 33 01 - Fax : 03 80 29 57 17