



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR DIAGNOSTIC PRENATAL DE LA TOXOPLASMOSE

PATIENTE	
Nom :	Adresse :
Prénom :	
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Téléphone :

MEDECIN PRELEVEUR	MEDECIN TRAITANT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :
Fax :	Fax :

GROSSESSE ACTUELLE			
DDR : .....	DDG : .....	<input type="checkbox"/> Grossesse mono-foetale	<input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire

Indications :
Résultats des sérologies toxoplasmiques si diagnostic de séroconversion réalisé hors CHU :

**Accusé de réception par le laboratoire de Parasitologie-Mycologie**

**Prélèvement de liquide amniotique**

**Date et heure de réception au laboratoire : .....**

**Prélèvement :**  Conforme       Non conforme : .....

**Signature du biologiste :**