

**CHU**Hôpitaux de
Bordeaux

Entité d'application : PBP et Etablissements extérieurs

Emetteur : PBP-P2A- Parasitologie - Mycologie

EN-LAB-3004

ENREGISTREMENT

Ind : 001
Page : 1/1**Fiche de suivi de grossesse après le diagnostic pré-natal de toxoplasmose congénitale**

Date d'application : 16/03/15

A compléter pour tout diagnostic anténatal, en vue d'établir un rapport d'activité

Médecin prescripteur : Tel/Fax :

Service (UG), Hôpital :

Nom de la patiente :

Prénom de la patiente :

Date de naissance

Nombre de semaines d'aménorrhée:

Indication et date du DPN :

Résultat du DPN :

☐ *Toxoplasma gondii* détecté ☐ *Toxoplasma gondii* non détecté**Merci de compléter les informations suivantes :****Devenir de la grossesse :**

- ☐ Poursuite de la grossesse
- ☐ Interruption médicale de grossesse
 - ☐ pour la maladie recherchée
 - ☐ pour une autre affection (précisez) :
- ☐ Fausse couche spontanée
- ☐ Date et établissement de naissance, nom et prénom de l'enfant :
- ☐ Autre (précisez) :

Diagnostic chez l'enfant :

Prélèvements réalisés chez l'enfant pour le diagnostic de la toxoplasmose congénitale et résultat ?

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ sang de cordon | ☐ positif | ☐ négatif |
| ☐ placenta | ☐ positif | ☐ négatif |
| ☐ liquide céphalo rachidien | ☐ positif | ☐ négatif |
| ☐ sang périphérique (suivi sérologique) | ☐ positif | ☐ négatif |
| ☐ autre (précisez) : | ☐ positif | ☐ négatif |
| ☐ aucun prélèvement réalisé | ☐ positif | ☐ négatif |

Nouveau né symptomatique ?

- ☐ oui (précisez) :
- ☐ non

Merci de renvoyer cette fiche au laboratoire suivant :

Dr Isabelle ACCOCEBERRY

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux

Place Amélie Rabat Léon

33076 Bordeaux CEDEX

Tel : 05 56 79 57 40 Fax : 05 56 79 56 73