

☐ **URGENT**☐ à faxer☐ à téléphoner

Merci de préciser N°:

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	MEDECIN PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR	AUTRE(S) MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S)
Etiquette Id patient	Nom / Adresse / Service / N° ADEL – RPPS Signature et cachet	Nom(s) / Adresse(s) / Service(s) : Echographiste :

DEMANDE D'EXAMEN / RENSEIGNEMENT CLINIQUE

Date des dernières règles : Date Grossesse : Soit : Semaines d'aménorrhée

Gestité : Parité :

Antécédents familiaux☐ HTA ☐ diabète ☐ HTA gravidique ☐ phlébite**Antécédents personnels**

☐ HTA	☐ diabète	☐ HTA gravidique	☐ phlébite
☐ avortements à répétition	☐ maladie auto-immune	☐ RCIU	☐ MFIU
☐ grossesse multiple	☐ grossesse molaire	☐ tabagisme (plus de 10c/j)	

Echographie

DG écho :	☐ clarté nucale :	
Dat à 22SA :	soit C :	☐ Notch à 22SA
PA à 32 SA :	☐ Notch à 32SA :	Index ombilical à 32 SA :

Clinique

☐ oedemes	☐ céphalées	☐ OAP	☐ anomalie TA
☐ Anomalie neurologique ou visuelle		☐ barre épigastrique	☐ HRP
☐ RCF			

Biologie

Plaquettes :	Protéinurie :	Uricémie :
TGO :	TGP :	
Fibrinogène :	PDF :	☐ Trouble des protéines de la coagulation
☐ AC auto-immuns		

Nouveau né

Mode de délivrance :	Durée de la gestation :
☐ Vivant ☐ décédé	Poids
APGAR 1' 3' 5'	

Traitement

☐ Aspégic prénatal hypertenseur	☐ Célestène	☐ Macromolécules	☐ Anti-
☐ Traitement de troubles de la coagulation		☐ Autres :	
.....			

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Heure d'immersion dans le formol :

Cadre réservé au laboratoire