



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° ADELI – 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 Célestène Macromolécules Anti-hypertenseur
 Traitement de troubles de la coagulation Autres :
.....

Date de prélèvement : **Heure de prélèvement :** **Heure d'immersion dans le formol :**

Cadre réservé au laboratoire