



DIAGNOSTIC PRÉNATAL de TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE
(Fiche de liaison à joindre au liquide amniotique)

DEMANDEUR : Nom, adresse, coordonnées téléphoniques et fax (ou cachet) :

DUPLICATA EVENTUEL à [coordonnées du (des) médecin(s)] :

PRATICIENS RESPONSABLES DE L'EXAMEN BIOLOGIQUE :

Dorothee QUINIO / Solène LE GAL / Gilles NEVEZ (Autorisation ministérielle du 14 décembre 2005 renouvelée le 26 mars 2015)

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Département de Bactériologie-Virologie et Parasitologie-Mycologie, Plateforme de Biologie, CHU Cavale Blanche, Bd Tanguy Prigent, 29609 Brest cedex Tel 02 98 14 51 02 - Fax 02 98 14 51 49

➤ **Identification de la patiente :**

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

➤ **DDR :** ou **Date de début de grossesse :**

➤ **Sérologies de toxoplasmose :** *joindre les photocopies des résultats*

- Date de la dernière sérologie négative :

- Date de la première sérologie positive :

• Résultat IgG :

• Résultat IgM :

➤ **Echographies :**

- anomalies éventuelles :

➤ **Traitement :**

- nature et posologie :

- date de début de traitement :

➤ **Amniocentèse** (4 semaines après la date présumée de l'infection toxoplasmique et après 18 semaines d'aménorrhée)

- Date :

- Remarques éventuelles :