



DIAGNOSTIC POSTNATAL de TOXOPLASMOSE CONGENITALE
(Fiche de liaison à joindre au placenta ou aux sérums mère/enfant)

DEMANDEUR : Nom, adresse, tel 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 :

– **Identification du nouveau-né :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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

– **Sérologies de Toxoplasmose** (dates et valeurs, photocopies si possible) :

– Dernière sérologie négative :

– Première sérologie positive :

– **Echographies :** – anomalies éventuelles :

– **Traitement :** – nature et posologie :

– date de début de traitement :

– **Amniocentèse :** – Date : – Résultat de PCR :

– **Anomalies éventuelles observées chez le nouveau-né à la naissance :**



PÔLE BIOLOGIE-
PATHOLOGIE
CHRU DE BREST

Fiche de liaison postnatale

Ref : LAB-BVHPM-PARA-ENR-007-01

Version : 01

Applicable le : 27-10-2017

