



DEMANDE D'EXAMEN DE PATHOLOGIE FOETO-PLACENTAIRE

Facturation
 Patient Requérant Hôpital Assurance Maladie/LAMal Militaire/LAM
 Accident/LAA AI/LAI

N° assuré Caisse maladie N° Accident

Patient Mme Mlle M. Demandeur

Nom
Prénom
Nom 2
Né(e) le / /
Adresse
NPA / Lieu
N° tél.

Case réservée demandeur

Prélèvement
 Biopsie Excision Pièce opératoire date - heure / à /
 Curetage Ex. extemporané **URGENT** Rép. au n° de tél. /

Renseignements cliniques :

Examen(s) antérieur(s) (indiquer le N° s.v.p):

Maternels : Taille (cm) : Poids (kg) :

Geste : Pare :

Fausse couche IVG MIU

Antécédents généraux (diabète, HTA, toxiques, mal. autoimmunes, sérologie HIV, médicaments, ...) :

Grossesse :

DDR : Age gestationnel :

Date accouchement présumée : Grossesse induite/FIV :

Grossesse gémellaire : MM MB BB ?

Pathologie obstétricale (HTA, toxémie, fièvre, infection, ttTAB, RPM, MAP, oligo/hydramnios, diabète gestationnel, séroconversion toxo, parvoB19, CMV), anémie) :

Accouchement :

IVG IMG VB spontanée VB déclenchée

Césarienne Aspiration

Examens complémentaires souhaités : Bactériologie Génétique

Matériel à examiner : (En cas d'examen foetal, merci de toujours joindre le placenta et souhait des parents pour récupération du corps)

Copies à

Date du prélèvement : Signature :