PRESCRIPTEUR / AUTRES DESTINATAIRES

A RENSEIGNER
OBLIGATOIREMENT

IDENTITE PATIENT

Nom : | _____ | Nom de naissance : | _____ |
 Prénom : | _____ | Date de naissance : | _____ | Sexe : M F
 Adresse : | _____ |
 Code postal : | _____ | Ville : | _____ |
 Tél. portable : | _____ | E-mail : | _____ |

FACTURATION

Patient(e) Tiers Payant Structure

Pour éviter toute avance de frais, merci de joindre la photocopie de votre attestation de sécurité sociale et de votre carte mutuelle.

DEMANDE D'EXAMEN

Date de prélèvement : | _____ | URGENT
 Terme : | _____ |
 Réanimation de l'enfant : Oui Non

Grossesse

Simple

Poids : | _____ |

Gémellaire

Poids J1 (repéré par un clamp) : | _____ |

Poids J2 (repéré par 2 clamps) : | _____ |

- Bi-choriale bi-amniotique
 Mono-choriale bi-amniotique
 Autres

Autres

Pathologie de l'accouchement

- Fièvre
 HRP
 Métrorragies
 Liquide teinté
 ARCF

Pathologie de la grossesse

- RCIU
 Pré-éclampsie
 Métrorragies
 MAP
 RPM
 Diabète

Antécédents maternels

Gestité : | _____ |
 Parité : | _____ |
 HTA
 Diabète
 Epilepsie
 Autres : | _____ |

AUTRES INFORMATIONS UTILES AU DIAGNOSTIC / DESSIN