Maternité Universitaire – CHRU de Nancy
Pôle Laboratoires
Laboratoire de Pathologies Fœtales et Placentaires
10, rue du Docteur Heydenreich 54000 NANCY
Tél : 03 83 34 43 08 – Fax 03 83 34 44 05

DEMANDE D'EXAMEN FOETOPATHOLOGIQUE

Merci de joindre à cette prescription tous les éléments de suivi de grossesse (bilans, échographies, compte rendus …) Le placenta est à adresser impérativement avec le fœtus.

Renseignements administratifs

Etiquette de la mère	Etiquette du père (si disponible)
Nom : …….	Nom : …….
Prénom : ……	Prénom : ……
DDN : …….	DDN : …….

Renseignements (à compléter au mieux SVP) :

- **Antécédents maternels :**
- **Antécédents obstétricaux :** G…… P……. (…. FCS ……IVG …. IMG)
- **Suivi de la grossesse actuelle :**

Date de début de grossesse : ……..

Risque de Trisomie 21 : 1/ ….. DPNI : ….. Amniocentèse : ……..(si oui joindre résultat)

- **Evolution de la grossesse :**

☐ RCIU ☐ Prééclampsie ☐ Diabète gestationnel ☐ Hydramnios ☐ Oligo/anamnios

☐ Infection* ☐ Tabagisme ☐ Autres et précision* : ……..

☐ Dossier connu du CPDPN (si oui préciser lequel) ……

- **Accouchement :** **Date :** **Terme : ……SA**

☐ Mort fœtale *in utero* Date de constat :

☐ Fausse couche spontanée

☐ Interruption Médicale de Grossesse Date de l'IMG :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé

Prescription médicale

Docteur : date :
Nom de l'établissement : Signature
Copies du CR à adresser à (éventuellement) :