



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 PLACENTAIRE

Renseignements administratifs

Etiquette de la patiente

Nom :

Prénom :

DDN :

Hôpital ou clinique :

Ville :

Nom du prescripteur :

Renseignements médicaux (à compléter au mieux SVP)

Antécédents personnels connus :

Antécédents obstétricaux : Nombre de grossesses :

Nombre d'accouchement :

Nombre de FCS :

Nombre d'IVG :

Nombre d'IMG (et motif) :

Evolution de la grossesse (cocher les éléments, préciser éventuellement les mentions avec *)

Infection virale*

Hydramnios

Diabète

Infection bactérienne*

Oligoamnios

RCIU

Infection parasitaire*

Rupture prématurée des membranes

Prééclampsie

Pathologie fœtale*

Dossier connu du CPDPN

Grossesse multiple

Autre :

* précision :

Nouveau-né / Accouchement :

Date d'accouchement :

Heure :

Terme en SA :

Poids :

Sexe :

Apgar :

pH :

Modalité particulière à l'accouchement (ARCF, césarienne, ...) :

Examens réalisés en salle de travail :

Bactériologie

Cytogénétique