



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE de LA REUNION – Site Félix Guyon

Pôle Biologie Santé – Allée des topazes – CS 11021- 97400 SAINT-DENIS

Chef de pôle: Dr. Marie Christine JAFFAR BANDJEE

Praticiens agréés : Dr Patrice COMBE, Michel JEAN.

Téléphone : 02 62 90 53 20 - 02 62 90 53 21 - Télécopie : 02 62 90 50 54

Fiche de Renseignements : Dépistage du Risque de Pré-éclampsie Par Analyse de Marqueurs Sérriques Maternels

(à remplir lisiblement par le prescripteur et à remettre à la patiente pour le laboratoire agréé)

PRESCRIPTEUR Spécialité : [ ] MG [ ] Gynéco [ ] Echo [ ] SF N° RPPS :

Nom : .....

Adresse : ..... Tél./Fax : ...../.....

PATIENTE :

Nom Marital : ..... Nom de jeune Fille : .....

Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : ..... Tél./Fax : .....

Origine Géographique : [ ] Afro-caribéen [ ] Asie [ ] Europe-Afrique Nord [ ] Autres [ ] Non précisé

Tabac (même pour 1 cigarette) : [ ] Patiente fumeuse [ ] Patiente non fumeuse [ ] Non précisé

A la consultation : Poids en Kg : [ ] kg Taille en cm : [ ]

Antécédent pré-éclampsie : [ ] Non [ ] Non précisé [ ] OUI (patiente) [ ] OUI (mère de la patiente) [ ] OUI (patiente + mère)

Parité : [ ] Nullipare [ ] Une grossesse précédente [ ] Deux ou plus

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DE RISQUE DE PRE-ECLAMPSIE

Date de l'échographie: ...../...../..... Effectuée par :

Long. Crânio-Caudale (entre 45 et 84 mm): ..... (en mm) Certificat :

Hypertension : [ ] Non [ ] Inconnu [ ] OUI avec traitement [ ] OUI sans traitement [ ] Non précisée

Doppler des artères utérines en date du : ...../...../.....

Index pulsatilité GAUCHE : [ ] Index pulsatilité DROIT : [ ] (0.4 et 4.0)

Présence de notch utérins : [ ] NON [ ] OUI

Mesure de la pression artérielle (en mm Hg) en date du: ...../...../.....

Bras GAUCHE : [ ]/[ ] (SYSTOLIQUE) (DIASTOLIQUE) Bras DROIT : [ ]/[ ] (SYSTOLIQUE) (DIASTOLIQUE)

Date de Prélèvement à Conseiller à la Patiente : L'estimation du risque de Pré-éclampsie est à effectuer entre 11,0 et 13,6 Semaines d'Aménorrhée chez une grossesse monofoetale , soit entre le ...../...../..... et le ...../...../.....

Cet examen biologique est un calcul de risque de pré-éclampsie. Il s'agit d'un dépistage et non d'un diagnostic (possibilité de faux positif et de faux négatif)

Signature de la patiente :

Prescripteur :

Nom du préleveur :

Date :

Date : ...../...../.....

Date consultation : ...../...../.....

Heure du prélèvement: ...../.....