



**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 Sériques 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** : []/[] Bras **DROIT** : []/[]
(SYSTOLIQUE) (DIASTOLIQUE) (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 :

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

Prescripteur :

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

Nom du préleveur :

Date :

Heure du prélèvement:/.....