



INSTITUT DE MICROBIOLOGIE

- SERVICE DE PARASITOLOGIE MYCOLOGIE -

☎ 03 20 44 55 82

FAX 03 20 44 48 95

DIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE CONGENITALE

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____
 E mail _____

MERE

Nom _____
 Nom d'épouse _____
 Prénom _____
 Né(e) le _____
 Sexe F M
 Grossesse OUI NON
 Date fécondation _____
 - Sérum du _____

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des _____
 Médecins _____
 prescripteurs _____
 Date de l'examen _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

- Thérapeutique :

- Sérum du

- Résultats antérieurs

DATE	Ig G	Ig M	TECHNIQUE

ENFANT

Nom _____
 Prénom _____
 Né(e) le _____
 Sexe F M FŒTUS
 - Thérapeutique :

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des _____
 Médecins _____
 prescripteurs _____
 Date de l'examen _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

- Clinique/Echographie

- Prélèvement(s) : SERUM L. AMNIOTIQUE CORDON + ANTICG SANG + ANTICG LCR

CORDON (T.SEC) SANG (T. SEC) Autre (préciser) :

Date de prélèvement _____

- Nature de l'analyse : DOSAGE ANTICORPS PCR

- Résultats antérieurs :

DATE	Ig G	Ig M	TECHNIQUE

RESERVE LABORATOIRE PARASITOLOGIE CHRU - OBSERVATIONS

DATE ARRIVEE

- Réception des analyses _____

- Secrétariat PARASITO COTATION

- Date d'envoi résultat _____

LABORATOIRE