

ESTIMATION DU RISQUE DE PRE-ECLAMPSIEpar l'étude des marqueurs sériques maternels au 1^{er} trimestre de la grossesse

LABORATOIRE ORIADE NOVIALE ORIAPOLE - Secrétariat : Tel 04 38 37 25 08 - Fax 04 38 37 25 09

INFORMATION DE LA PATIENTE

Le calcul effectué est un test de dépistage et non un diagnostic (possibilité de faux positifs et faux négatifs). Le risque est calculé avec les renseignements cliniques ci-dessous et les résultats des dosages biologiques de PAPP.A et PIGF.

Ce dépistage est effectué uniquement pour une grossesse monofœtale et au cours du 1^{er} trimestre de grossesse (entre 11,0 SA et 13,6 SA).

Date : ____ / ____ / ____

Réservé au laboratoire
Etiquette code barre

Signature de l'intéressée

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Fax :

PATIENTE

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE PRE-ECLAMPSIE**ECHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE**

(11 SA + 0j 13 SA + 6 j)

Date de l'échographie : ____ / ____ / ____

LCC (Longueur Cranio Caudale) : ____ , ____ mm (45,0 à 84,0 mm)

PRESSION ARTERIELLE

Date de prise de TA : ____ / ____ / ____

Bras droit systolique : ____ , ____ mm Hg

diastolique : ____ , ____ mm Hg

Bras gauche systolique : ____ , ____ mm Hg

diastolique : ____ , ____ mm Hg

DOPPLER DES ARTERES UTERINES

Date du doppler : ____ / ____ / ____

____ (0,40 à 4,00)

Index de pulsatilité (IP) Droit : ____ , ____ (0,40 à 4,00) Gauche : ____ , ____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PATIENTE ET INTERVENANT DANS LE CALCUL DU RISQUE

Taille de la patiente : ____ cm

Poids de la patiente : ____ kg

Tabac Oui NonHTA chronique Oui NonFIV Oui NonParité (nombre d'enfants nés vivants) Nullipare une grossesse précédente deux ou plusOrigine géographique Europe / Afrique du nord Afrique sub-saharienne / Antilles Asie
 Autres :Antécédants de Pré-Eclampsie Non Oui chez la patiente Inconnuesa mère Oui chez la mère de la patiente Oui chez la patiente **ET****LABORATOIRE**

Prélèvement réalisé le : ____ / ____ / ____