

LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

DEMANDE DE SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

Nom : Prénom : Date de naissance :
Patient adressé des consultations de (service)
N° de soins : N°DM:

A remplir obligatoirement par le médecin prescripteur

Femme Enceinte

Gestité : Parité : Nombre d'enfants vivants :
DDR :
Sérologies antérieures : Oui Non
Si oui : résultats :

Bébé (Toxoplasmose Congénitale)

Nom et prénom de la mère : Tel :
Date de l'infection maternelle :
PCR sur liquide amniotique Oui Non
Si oui : résultats :

Résultats des échos morphologiques:

Traitement reçu par la mère : Spiramycine Autres :

Signes cliniques en faveur d'une toxoplasmose congénitale :

Fond d'œil :

Echo transfontanellaire :

Autres Contextes

Nature du prélèvement : Sang Humeur aqueuse Autre :
ATCD :

Motif de consultation :

Date :/...../..... Médecin prescripteur (nom lisible et signature)