



Nom Structure : _____ Code Structure : _____ N°Identification : _____

Réf: EN-11 /02/DL - DA : 11.07.2013 - V2

Lieu CPN : dans la structure ; en dehors de la structure : PS ; CS ; Privé - Age de la grossesse : 1er trim ; 2^{ème} trim ; 3^{ème} trim -Age gestante : _____ ans - Gestité : _____ Parité: _____

CPN: DEMANDE DE TESTS	LABORATOIRE : TESTS DEMANDES	LABORATOIRE : RESULTATS	CPN : PRISE EN CHARGE
Date : __/__/____	Date : __/__/____	Date : __/__/____	Date : __/__/____
PRESCRIPTEUR Prénoms : _____ NOM : _____ Qualification : <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Autre, à spécifier _____	RESPONSABLE LABORATOIRE Prénoms : _____ NOM : _____ Qualification : <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> BIO <input type="checkbox"/> Autre, à spécifier _____	RESPONSABLE LABORATOIRE Prénoms : _____ NOM : _____ Qualification : <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> BIO <input type="checkbox"/> Autre, à spécifier _____	PRESCRIPTEUR Prénoms : _____ NOM : _____ Qualification : <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/> Autre, spécifier _____
<input type="checkbox"/> GS/ RH	<input type="checkbox"/> GS/ RH	<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> O- DU <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
<input type="checkbox"/> Test d'Emmel	<input type="checkbox"/> Test d'Emmel	<input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
<input type="checkbox"/> Alb/Sucre	<input type="checkbox"/> Alb/Sucre	<input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
<input type="checkbox"/> Glycémie	<input type="checkbox"/> Glycémie	Glycémie : _____ g/l	
<input type="checkbox"/> B-Test	<input type="checkbox"/> B-Test	RPR : <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos ; TPHA : <input type="checkbox"/> 1/16 ; <input type="checkbox"/> 1/64 ; <input type="checkbox"/> 1/256	
<input type="checkbox"/> A-Test	<input type="checkbox"/> A-Test	<input type="checkbox"/> Nég ; <input type="checkbox"/> Pos : <input type="checkbox"/> A1 ; <input type="checkbox"/> A2 ; <input type="checkbox"/> A1+2	
<input type="checkbox"/> NFS /Hg	<input type="checkbox"/> NFS /Hg	Taux Hb : _____ mmol/L ou _____ g/dL	
<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> Créatinine	Taux Créat : _____ 1 mg/dl ou _____ μmol/l	
<input type="checkbox"/> Acide urique	<input type="checkbox"/> Acide urique	AU : _____ mg/L ou _____ μmol/L	
<input type="checkbox"/> AgHBs	<input type="checkbox"/> AgHBs	<input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
<input type="checkbox"/> Prélèvement Vaginal : Recherche de germes :	<input type="checkbox"/> Prélèvement Vaginal : Recherche de germes :	<i>Streptococcus agalactiae</i> <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
		<i>Escherichia coli</i> <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
		<i>Trichomonas vaginalis</i> <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
		Candidose vaginale <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
		<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
		Vaginose bactérienne à <i>Gardnerella vaginalis</i> et /ou <i>Mobiluncus spp</i> <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
<input type="checkbox"/> Mycoplasmes	<input type="checkbox"/> Mycoplasmes	<i>Ureaplasma urealyticum</i> : <input type="checkbox"/> Nég ; <input type="checkbox"/> Pos (> 10 ⁴ Ucc/ml) <i>Mycoplasma hominis</i> : <input type="checkbox"/> Nég ; <input type="checkbox"/> Pos (> 10 ⁴ Ucc/ml)	
<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/> Pos	
<input type="checkbox"/> Sérologie Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sérologie Toxoplasmose	IgG : _____ UI/ml ; IgM : Titre _____	
<input type="checkbox"/> Sérologie Rubéole	<input type="checkbox"/> Sérologie Rubéole	IgG : _____ UI/ml ; IgM : Titre _____	