CEBIODI
Laboratoire des Cliniques Ste Anne - St Remi et St Jean I Bruxelles
Laboratorium van de Klinieken St Anna - St Remigius en St Jan I Brussel

Etiquette Labo

Prélèvement:
Date: …../…../……
Heure: …..h…..
Préleveur: ……

EVALUATION DU RISQUE DE LA PRE-ECLAMPSIE

Données de la maman

Nom et prénom de la patiente* :	
Date de naissance* :	Origine : Europe ☐ Afrique ☐ Afrique du Nord ☐ Asie ☐ Autres☐
Adresse :	Poids*maternel avant la grossesse (kg) :
Mutuelle: |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|	Taille* (cm) :
NISS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	LCC* (mm) :
Tel :	Date échographie*
Code postal :	Nombre de foetus* :
Ville :	Echographie effectuée par :

1er trimestre (dépistage)-à charge de la patiente (45€) (10 – 13 semaines)
☐ **PlGF**
Toutes les données précédées d'un * sont indispensables à la réalisation du test 1er trimestre

2 et 3ième trimestre-à charge de la patiente (60€) (> 20 semaines)
☐ **ratio sFlt1/PlGF**

Facteurs de correction

	Oui	Non
Fumeuse*	☐	☐
Diabète insulino-dépendant*	☐	☐
FIV	☐ type :	☐
Insémination artificielle	☐	☐
Transfert d'embryons congelés	☐ date de congélation :	☐

Facteurs maternels

	Oui	Non	Non évalué
Nulliparité	☐	☐	☐
Hypertension chronique	☐	☐	☐
Pré-eclampsie pendant grossesse précédente	☐	☐	☐
Pré-eclampsie familiale	☐	☐	☐

Tension artérielle

	1ère mesure*	2ème mesure (prise à la fin de la consultation)
Tension artérielle diastolique bras gauche*(mmHg)		
Tension artérielle systolique bras gauche*(mmHg)		
Tension artérielle diastolique bras droit *(mmHg)		
Tension artérielle systolique bras droit *(mmHg)		

Doppler des artères utérines

Index de pulsatilité artère utérine droite*
Index de pulsatilité artère utérine gauche*

Cachet et signature du médecin demandeur
Je certifie que ma patiente a été pleinement informée des détails, des capacités et des limites du/des test(s). La patiente a donné son plein consentement pour ce(s) test(s)
Date : ……./…../…….