PRÉ-ÉCLAMPSIE :

dépistage 1er trimestre (11-13+6 SA)

Analyse et prélèvement :
PlGF (tube sec avec gel ; bouchon brun)
(max 48h à 4-8°C)

Date et heure de prélèvement :

.....

Lieu :

.....

Préleveur :

.....

Code : PESCORE

move
Votre réseau de santé
Dein Gesundheitsnetzwerk

ETIQUETTE LABORATOIRE

Médecin prescripteur

Cachet, signature et date : ...../...../.....

❍ Copie à : .....

Clinique CHC Hermalle 04 374 71 88
Clinique CHC Heusy 087 21 37 30
Clinique CHC MontLégia 04 355 63 00
Clinique CHC Waremme 019 33 96 66
Klinik St. Josef St. Vith 080 85 44 18

www.chc.be/laboratoire - sec.labo.mle@chc.be

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ❍ M ❍ F ❍ X

ETIQUETTE PATIENT OU A DEFAUT

[s4_263analysepreeclampsie-1]

Adresse : .....

Tél. : ..... N° de reg. national : .....

DONNÉES CLINIQUES DE LA MAMAN

Taille : .....cm / Poids (actuel) : .....kg

Origine ethnique : ❍ caucasienne ❍ africaine ❍ asiatique ❍ autre

Antécédent personnel ou familial de pré-éclampsie : ❍ oui ❍ non

Diabète : ❍ oui ❍ non

Fumeuse : ❍ oui ❍ non

Hypertension artérielle chronique : ❍ oui ❍ non

Nullipare : ❍ oui ❍ non

TYPE DE GROSSESSE

Nombre de foetus : ❍ 1 ❍ 2 ❍ >2

Si jumeaux, type : ❍ Mono- ❍ Dichorionique

Fécond. in vitro / Insémin. artificielle : ❍ oui ❍ non

Don d'ovocytes : ❍ oui ❍ non

Si oui : âge de la donneuse : .....ans

PRESSION ARTÉRIELLE*

Date: ...../...../.....	Mesure 1 (mmHg)	Mesure 2 (mmHg)
Pression artérielle bras **droit**	...../.....	...../.....
Pression artérielle bras **gauche**	...../.....	...../.....

DONNÉES ÉCHOGRAPHIQUES*

Date : ...../...../.....

Echographiste : .....

LCC (CRL) foetus 1* : .....mm (MIN 45 – MAX 83,9)

ou âge gestationnel* .....SA (MIN 11 – MAX 13+6)

Si jumeaux, LCC foetus 2 : .....mm

Doppler : indice de pulsatilité (UtA-PI)*

artère utérine droite : .....

artère utérine gauche : .....

AUTRES DONNÉES CLINIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Données essentielles pour le calcul

MHEWS-FORM-ALL-039 V2