NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

# SUIVI DE GROSSESSE

ETIQUETTE PATIENT

[S4_167labchvedemexamgro-7]

Adresse : .....

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

**Médecin prescripteur**

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

**Copie à**

❍ Clinique CHC MontLégia (quartier accouch.)

❍ Clinique CHC Heusy (quartier accouch.)

❍ .....

**Date et heure de prélèvement :**

.....

Lieu de prélèvement :

.....

Préleveur :

.....

Votre réseau de santé
Dein Gesundheitsnetzwerk

ETIQUETTE LABORATOIRE

| | |
|---|---|
| ❍ 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 |
| ❍ St. Nikolaus Hospital Eupen | 087 59 96 30 |

**❍ Pré-conceptionnelle ou ❍ 1re visite** | **10-13 semaines et 6 jours** | **14-20 semaines et 6 jours** | **24-28 semaines** | **35 semaines**

**Grossesse** : date des dernières règles : ..... ou âge gestationnel : ..... (semaines) **Rhogam** le : .....

## Pré-conceptionnelle ou 1re visite

❍ Hémoglobine
❍ Globules rouges - Hématocrite
❍ Plaquettes
❍ Ferritine

❍ Groupe ABO + RH
❍ Sous-groupes RH
❍ Rech. Aggl. Irrég. (coombs ind.)

❍ Quick
❍ Tps de céphaline activée
❍ Fibrinogène

❍ Protéines
❍ Urée (€ si DFG>30 ml/min/1.73m²)
❍ Acide urique
❍ Créatinine (+ estim. DFG)
❍ Vitamine D (max 1x/an)
❍ Glycémie à jeun
❍ TGO ou ❍ TGP
❍ TSH
❍ T4L

❍ Toxo IgM
❍ Toxo IgG
❍ CMV IgM*
❍ CMV IgG*
❍ HIV (1+2)*
❍ Rubéole IgG*
❍ Varicelle IgG*
❍ Ag HBs*
❍ Anti-HBc*
❍ HCV Ac totaux*
❍ Syphilis / Tréponèmes

*Max 8 sérologies virales

Autres analyses :
.....
.....
.....

## 10-13 semaines et 6 jours

❍ Groupe ABO + RH
❍ Sous-groupes RH

Prélèvement vaginal :
❍ Culture. + ED + antibiogr. (si nécessaire)
❍ Mycose
❍ Mycoplasmes uro-génitaux

❍ Test prénatal non-invasif
(à partir de 12 semaines)
(1 tube STRECK)
**(voir formulaire IPG pour demande spécifique NIPT)**

❍ Toxo IgM
❍ Toxo IgG
❍ CMV IgM
❍ CMV IgG

Autres analyses :
.....
.....
.....

## 14-20 semaines et 6 jours

❍ TSH
❍ T4L

Urine mi-jet :
❍ Sédiment + ED + culture

❍ Rhésus négatif :
RhD fœtal
(à partir de 12 semaines)
(voir verso)

❍ Rubéole IgM
❍ Rubéole IgG

**À cocher si grossesse** (règle de remboursement)

| | | |
|---|---|---|
| **Toxo IgM + IgG** | ❍ Présomption clinique d'infection aiguë | ❍ Contrôle d'immunité (max 2x/grossesse sinon 12€ à charge patiente) |
| **CMV IgM + IgG** | ❍ Présomption clinique d'infection aiguë | ❍ Contrôle d'immunité (12 € à charge patiente) |

❍ Toxo IgM
❍ Toxo IgG
❍ CMV IgM
❍ CMV IgG

Autres analyses :
.....
.....
.....

## 24-28 semaines

❍ HGPO glucose + insul. 2h (min 4 temps)

❍ Rech. Aggl. Irrég.:
- femmes RH négatif : toujours
- femmes RH positif : si allo-immunisation connue et/ou antécédents transfusionnels

Injection Rhogam : ❍ O / ❍ N
Si oui, date d'injection :
...../...../.....

❍ Toxo IgM
❍ Toxo IgG
❍ CMV IgM
❍ CMV IgG

Autres analyses :
.....
.....
.....

## 35 semaines

❍ Hémoglobine
❍ Plaquettes

❍ Quick
❍ Tps de céphaline activée
❍ Fibrinogène

❍ Groupe ABO + RH
❍ Sous-groupes RH
❍ Rech. Aggl. Irrég. :
- femmes RH négatif : toujours
- femmes RH positif : si allo-immunisation connue et/ou antécédents transfusionnels

Injection Rhogam : ❍ O / ❍ N
Si oui, date d'injection :
...../...../.....

❍ Dépistage Strepto gr. B
vagin **ET** anus (max 1x/grossesse)

❍ Toxo IgM
❍ Toxo IgG
❍ CMV IgM
❍ CMV IgG
❍ Ag HBs
❍ HCV Ac
❍ HIV (1+2)

Autres analyses :
.....
.....
.....

## ❍ Recherche du gène RHD sur ADN foetal circulant dans le sang maternel à partir de 12 semaines d'aménorrhée

❍ Patiente allo-immunisée anti-D

❍ Acte invasif programmé

❍ À charge de la patiente (± 37€)

**Envoyer au CHR Citadelle**
(sans séparation, endéans 48h)

**Renseignements immunohématologiques :**

**Groupe ABO** Rhésus .....

**Sous groupe** Rhésus .....

Allo-anticorps connu(s) : ❍ Non

❍ Oui ❍ Anticorps : ..... (titre : .....)

**Renseignements cliniques :**

DDR : ...../...../.....

Age gestationnel : ..... sem. (DDR), ..... sem. (US)

Patiente allogreffée :

Mère : ❍ Caucasien ❍ Africain ❍ Asiatique

Père : ❍ Caucasien ❍ Africain ❍ Asiatique

Sexe fœtal si connu (US) : ❍ M ❍ F

Prélevé par : .....

Le ...../...../.....

Heure : .....

## Autres renseignements cliniques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....