



QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A JOINDRE AUX PRELEVEMENTS

Service demandeur : Service de Gynécologie Obstétrique du.....

NOM, Prénom de la maman :

née le

☞ *Début grossesse* : ou *D.D.R.* :

☞ *Date de l'infection maternelle en SA* = ou *trimestre de l'infection* : T1 T2 T3.

☞ *Si infection maternelle non datée* : pourquoi : (Noter le chiffre correspondant à la réponse pertinente)

1. Ecart trop grand (> à 2 mois) entre les examens sérologiques 2. Première sérologie tardive

3. Datation trop approximative par les techniques disponibles 4. Indisponibilité des dates des examens

5. Autre : Préciser :

☞ *Mode de contamination présumé* : CHAT VIANDE FRUITS/LEGUMES INCONNUE

☞ *Traitement de la patiente* :

ROVAMYCINE (9 M UI/jour) OUI NON ne sait pas Si OUI: depuis le :

Pyriméthamine, Sulfadiazine, acide folinique OUI NON NSP Si OUI: depuis le :

Autre traitement anti-toxoplasme :

☞ *Amniocentèse* OUI NON Si OUI: Négatif Positif et date :

☞ *Accouchement* : le

☞ *Enfant* : sexe F M

Biologie

Clinique