



Nom du prescripteur : ..... Prélèvement du ..... / ..... / ..... à ..... h .....  
Signature : ..... Par .....

*Pour plus de précisions, consultez INTRANET / Accès immédiat / Analyses biologiques*

### I - SURVEILLANCE DE LA FEMME ENCEINTE ET A L'ACCOUCHEMENT

Prélèvement de **sang de la mère** pour recherche d'IgG et d'IgM anti-toxoplasme

\* = CHAMPS OBLIGATOIRES sous peine de refus d'analyse (demande non conforme)

\* **DDR** : ..... ou \* **DG** : .....

\* **Traitement par Spiramycine**  Non  Oui, depuis le : .....

\* **Prélèvements antérieurs**  Non  Oui, laboratoire : .....

\* **Séroconversion connue**  Non  Oui, date : .....

### II - DIAGNOSTIC ANTE-NATAL

Prélèvement de **sang de la mère** pour recherche d'IgG + IgM

**Liquide amniotique** : recherche d'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR

### III - SURVEILLANCE MERE - ENFANT A L'ACCOUCHEMENT

Prélèvement de **sang de la mère** pour recherche d'IgG + IgM

Recherche d'IgG + IgM et Profils immunologiques comparés (western-blot maman/bébé) :  sang de cordon  
 sang périphérique du NNé

**Liquide amniotique** : recherche d'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR  Autre : .....

### IV - DIAGNOSTIC POST-NATAL

Prélèvement de **sang périphérique** chez le **nourrisson (< 3 mois)** pour recherche d'IgG + IgM et Profils Immunologiques Comparés (western blot bébé/bébé)

Date de séroconversion de la mère : .....

Signes cliniques évocateurs de toxoplasmose congénitale : .....

Traitement en cours chez le nouveau-né : .....

(SG) = 5ml SEC gel jaune

ETIQUETTE MERE	ETIQUETTE ENFANT	ETIQUETTE UF	RCP
----------------	------------------	--------------	-----