DEMANDE POUR ANALYSE ANATOMOPATHOLGIQUE DU PLACENTA

CHU Poitiers

RESERVE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT Etiquette ou	UF du préleveur Etiquette/Tampon ou	PRELEVEUR Nom/Prénom
Nom :……	Nom :……	……..
Prénom :…….....	UF…….....	MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S):
Date de naissance :……	Téléphone :……	…….
		Date de prélèvement …… Heure de prélèvement ……

Renseignements cliniques/ indication pour un examen placentaire

ANTECEDENTS : Gestité : ..... Parité : .....

ATCD obstétricaux : ……..……

Autres : …….

GROSSESSE : ☐ Simple ☐ Gémellaire : ☐ Bi-Bi ☐ Mono-Bi ☐ Mono-Mono ☐ Triple

☐ PAG à …….. SA

☐ HTAG ou PE à …… SA

☐ Diabète Gestationnel

☐ Menace d'accouchement prématuré à …… SA ☐ RPM à …….. SA

☐ Autre : …….

ACCOUCHEMENT : Terme : …….. SA + …… jours

☐ AVB ……..

☐ Césarienne pour …….....

☐ Autre : …….....

DELIVRANCE/placenta : ☐ Anomalie : …….....

NOUVEAU-NE(s) : **MERCI de préciser l'identification des cordons si grossesse multiple**

	Singleton ou J1/T1 …… nb clamp ou fil	J2/T2 …… nb clamp ou fil	T3 …… nb clamp ou fil
Sexe	☐ F ☐ M	☐ F ☐ M	☐ F ☐ M
Poids (percentile Audipog)	……. g = ……ème percentile	……. g = ……ème percentile	……. g = ……ème percentile
Pathologie Hospitalisation			
Décès			

Réservé au service d'ACP : Si non-conformité observée à l'enregistrement : ☐

Accueil : ☎ 05.49.44.27.17 - Secrétariat : ☎ 05.49.44.40.23 - Télécopie : 05.49.44.39.47 - Courriel : sec.anapath@chu-poitiers.fr

RESERVE AU LABORATOIRE

RESERVE AU LABORATOIRE