

Centre hospitalier : _____ Adresse: Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____ Téléphone: _____ Md Requérant : _____ # Licence : _____ Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Prélevé par: _____	Identification du patient Nom, Prénom _____ Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier / #Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte
Étiquette code à barres du laboratoire	

À l'usage de l'obstétrique

<input checked="" type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Gemellaire <input type="checkbox"/> Triplets <input type="checkbox"/> Autre	Gestation:	BB1	BB2	BB3	AUTRE
	Heure:				
	APGAR:				
	Poids:				
	Sexe:				

Complétez ci-dessous les conditions particulières nécessitant un examen microscopique

<input type="checkbox"/> Urgent Accouchement : <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne	
Couleur du liquide amniotique: _____ Si méconial : <input type="checkbox"/> Épais <input type="checkbox"/> Visqueux	
CONDITIONS PLACENTAIRES: <input type="checkbox"/> DPPNI <input type="checkbox"/> RPM <input type="checkbox"/> Oligohydramnios <input type="checkbox"/> Rupture des membranes >24 heures <input type="checkbox"/> Autres conditions placentaires significatives: _____	Placenta: <input type="checkbox"/> Accreta <input type="checkbox"/> Increta <input type="checkbox"/> Percreta
Réservé à l'usage du laboratoire	
CONDITIONS FOETALES: <input type="checkbox"/> Anomalies foetales, dont anomalies chromosomiques <input type="checkbox"/> Hydrops <input type="checkbox"/> Infection néonatale <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Interruption médicale de grossesse (IMG) : Raison : _____ <input type="checkbox"/> Mort-né <input type="checkbox"/> Recherche (avec autorisation) <input type="checkbox"/> Autres conditions foetales significatives: _____	<input type="checkbox"/> Prématurité (<37 semaines de gestation) <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra utérin (<2.5Kg ou <10e percentile) <input type="checkbox"/> Iso immunisation (Rh ou autre) <input type="checkbox"/> Convulsions, signes neurologiques <input type="checkbox"/> Souffrance foetale ou néonatale <input type="checkbox"/> Procédure invasive <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire <input type="checkbox"/> Suspicion Chorioamniotite
CONDITIONS MATERNELLES: <input type="checkbox"/> Diabète non contrôlé ou sévère <input type="checkbox"/> Fièvre (chorioamniotite) Troubles hypertensifs non contrôlés : <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Prééclampsie / éclampsie <input type="checkbox"/> HELLP syndrome <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux, conditions médicales ou résultats d'échographies pertinents : _____	<input type="checkbox"/> Thrombopathies <input type="checkbox"/> Thrombophilie <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/> Infection virale (HIV, Hépatite, etc.) <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune active (SLE/lupus...) <input type="checkbox"/> Traumatisme maternel <input type="checkbox"/> Coagulopathie <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Toxicomanie

À l'usage du laboratoire uniquement

• Nombre de cassettes : _____ • Décalfication: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Numéro de cassette: _____ • Réserve formolé: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Photographie: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Réserve -80°C : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cytogénétique Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Hématologie spéciale : <input type="checkbox"/> Ploïdie <input type="checkbox"/> Phénotype <input type="checkbox"/> Bactériologie <input type="checkbox"/> Biologie moléculaire <input type="checkbox"/> Virologie <input type="checkbox"/> COG <input type="checkbox"/> ME	Poids: _____ Villosités: _____ Débris foetaux: _____ Longueur du pied: _____ Pathologiste: _____ Ass. pathologiste/autre: _____ Technologiste : _____
---	---	---

Description macroscopique

1. Code:

2. Identification sur le pot:

3. Nombre de spécimen:

4. Couleur:

5. Mensuration:

6. Poids:

7. Nombre de cassette:

8. Initiales du technologiste / ass. pathologiste / autre:

9. Commentaires ou correction: