

SERVICE DE DIAGNOSTIC ANTENATAL DU CHU DE DIJON

Docteur Thierry ROUSSEAU

14 rue Paul GAFFAREL

B.P. 77908 – 21079 DIJON CEDEX

Secrétariat :

Tel : 03.80.29.32.22

Fax : 03.80.29.30.85

cpdp.secretariat@chu-dijon.mssante.fr

cpdp@chu-dijon.fr



Cette demande vous sera retournée si elle n'est pas totalement remplie

RENSEIGNEMENTS PATIENTE :

Nom : _____	Si patiente hospitalisée Etiquette
Nom de jeune fille : _____	
Prénom : _____	
Date de naissance : _____	
Adresse _____	
N° téléphone : _____	
Date des dernières règles : _____	
Date de début de grossesse (écho.) : _____	
Groupe sanguin : _____	ASPIRINE ou HBPM : OUI / NON

RENSEIGNEMENTS EXAMEN :

TYPE D'EXAMEN :

☐ Prélèvement fœtal

☐ Dépistage combiné du 1^{er} trimestre positif (risque >1/51)

☐ Dépistage marqueurs seuls positif (risque >1/51)

☐ Hors convention

☐ Autre : _____

☐ DPNI

☐ Echographie de deuxième intention

MOTIF DE LA DEMANDE :

MEDECIN PRESCRIPTEUR : _____

Tel : _____

Fax : _____

Rendez vous à adresser

☐ Au médecin : Coordonnées ci-dessus

☐ A la patiente : Coordonnées ci-dessus

MERCI DE FAXER LES MS T21



CHAQUE PATIENTE DOIT VENIR AVEC :

**SA CARTE DE GROUPE SANGUIN ET SON DOSSIER MEDICAL COMPLET :
MARQUEURS DE TRISOMIE, ECHOGRAPHIES, EXAMENS BIOLOGIQUES**

**EN CAS D'URGENCE OBSTETRICALE AVEREE IL CONVIENT DE CONTACTER DIRECTEMENT
L'OBSTETRICIEN D'ASTREINTE AU 03.80.29.30.31 poste 16489.**