LABORATOIRE Clinique Saint-Pierre Ottignies	**Evaluation du risque de pré-éclampsie: 1er trimestre: de 10-13+6 semaines**	**PREL-EN-007- V02** Version : 2 Applicable le : 28-09-2023

Etiquette Labo

Prélèvement:
Date: …../…../……
Heure: …..h…..
Préleveur: ……

Analyse : ☐ **Plgf (Placental Growth Factor)** (***serum – bouchon rouge***)

Données de la maman		
Nom et prénom de la patiente* :		
Date de naissance* :		Tel :
Adresse :		Code postal :
Mutuelle: ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐		Ville :
NISS : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	Dernière période menstruelle (LMP) : ../../….	
Origine géographique : Europe ☐ Afrique ☐ Afrique du nord ☐ Asie de l'Est ☐ Asie de L'Ouest ☐ Autre ☐		LCC* (mm) : Date échographie*
Poids*maternel avant la grossesse (kg) :		Nombre de fœtus* :
Taille* (cm) :	Echographie effectuée par :	

Facteurs de correction

	Oui	Non	Non évalué
Fumeuse (cigarettes/j)	☐	☐	☐
Diabète insulino-dépendant	☐	☐	☐
Induction de l'ovulation	☐	☐	☐

Facteurs maternels

	Oui	Non	Non évalué
Nullipare	☐	☐	☐
Hypertension chronique	☐	☐	☐
Antécédent de Pré-éclampsie	☐	☐	☐
Antécédent Pré-éclampsie Familiale (ex : mère de la patiente)	☐	☐	☐
Maladie rénale	☐	☐	☐
Maladie auto-immunitaire	☐	☐	☐
Coagulopathie	☐	☐	☐
Antécédent de retard de croissance Intra Utérine	☐	☐	☐

Tension artérielle

	1ère mesure	2ème mesure
Tension artérielle systolique bras gauche*(mmHg)		
Tension artérielle diastolique bras gauche*(mmHg)		
Tension artérielle systolique bras droit *(mmHg)		
Tension artérielle diastolique bras droit *(mmHg)		

Doppler des artères utérines

Index de Pulsatilité artère utérine **droite***	
Index de Pulsatilité artère utérine **gauche***	

Cachet et signature du médecin demandeur

Je certifie que ma patiente a été pleinement informée des détails, des capacités et des limites du/des test(s). La patiente a donné son plein consentement pour ce(s) test(s)

Date : ……./…../…….