



Laboratoire Luc  
Olivier

**Demande de dosage AFP**

Ref : A-D.Ex-TOUS-022- Version01

Version : 01

Applicable le : 16-06-2020



# DOSAGE d'AFP

uniquement au deuxième trimestre (de 14 à 21 semaines +6 jours)

## Médecin prescripteur :

*Cachet, date et signature*

**Copie à :** .....

**Date de la prescription :** ..... / ..... / .....

**Date du prélèvement :** ..... / ..... / .....

## Patiente :

Nom (jeune fille) :

.....

Prénom :

.....

Adresse :

.....

Date de naissance

..... / ..... / .....

## Vignette mutuelle : (à compléter si pas de vignette)

**Renseignements obligatoires (AR du 20/10/1982)**

NOM, PRENOM

TEL/GSM PATIENT

SEXE F

MUTUELLE

NE(E) LE

CT1/CT2

N° NATIONAL-NISS

ADRESSE

## Analyse prescrite :

**Uniquement 2<sup>ème</sup> trimestre (de 14 à 21 semaines + 6 jours) :**

$\alpha$ -foeto-protéine (AFP)

## Renseignements généraux :

Origine ethnique :  européenne

africaine

asiatique

Diabète insulino-dépendant :

oui  non

Tabagisme :

oui  non

F.I.V. ou induction ovulaire :

oui  non

Grossesse gémellaire :

oui  non

Antécédent de trisomie ou DTN :

oui  non

Poids : .....kg

## Renseignements échographiques :

Date de l'échographie : ..... / ..... / .....

Âge de la grossesse à cette date : ..... semaines ..... jours

Date des dernières règles : ..... / ..... / .....

Terme de la grossesse (d'après U.S.) : ..... / ..... / .....