



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^{ème} trimestre (de 14 à 21 semaines + 6 jours) :

α -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.) : / /