



Cliniques universitaires Saint-Luc

Service de Biologie Endocrinienne
Département de Biologie Clinique
Centrale Labos : 02 764 67 00
Laboratoire Endocrinologie : 02 764 67 47

35B (version 2)

Evaluation du risque de Malformation Neurale et du syndrome de Down

(A effectuer exclusivement entre 15 et 20 semaines de grossesse)

Médecin :

Signature :

N° tél. :

N° fax :

Badge Patiente :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Mutuelle :

TRIPLE TEST DU DEUXIEME TRIMESTRE (*tube brun grand*)

Renseignements

Date de la prise de sang (jour, mois, année) :

TERME PREVU :

Déterminé par : - DDR

- ECHOGRAPHIE LE :

CRL : mm

BIP : mm

Informations

Poids maternel au moment de la prise de sang (Kg) : ,

Nombre de fœtus :

Fumeuse : inconnu non oui

Diabète insulo-dépendant : oui

Prise d'acide folique : inconnu non oui

Groupe ethnique : inconnu caucasienne africaine asiatique

Grossesse FIV :