



REPUBLIQUE TUNISIENNE
Ministère de la Santé
Etablissement Public de Santé
Charles Nicolle
Laboratoire de Parasitologie-Mycologie

DEMANDE DE SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

Nom : Prénom : Date de naissance :
Patient adressé des consultations de (service) :
N° de soins : N° DM :

A remplir obligatoirement par le médecin prescripteur

Femme Enceinte (nom du conjoint :)

Gestité : Parité : Nombre d'enfants vivants :
DDR :
Sérologies antérieures : Oui ☐ Non ☐
Si oui : résultats :

Bébé (Toxoplasmose Congénitale)

Nom et prénom de la mère : Tel :
Date de l'infection maternelle :
PCR sur liquide amniotique Oui ☐ Non ☐
Si oui : résultats :

Résultats des échos morphologiques :

Traitement reçu par la mère : Spiramycine ☐ Autres :
Signes cliniques en faveur d'une toxoplasmose congénitale :

Fond d'œil :

Echo transfontanellaire :

Autres Contextes

Nature du prélèvement : Sang ☐ Humeur aqueuse ☐ Autre :

ATCD :

Motif de consultation :

Date :/...../... Médecin prescripteur (nom lisible et signature)

* : la demande doit être correctement remplie et signée.