

CHU DIJON BOURGOGNE
LABORATOIRE DE BIOLOGIE - PATHOLOGIE
SERVICE DE PATHOLOGIE

Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire
2, rue Angélique Ducoudray BP 37013 - 21070 DIJON Cedex
Professeur Laurent Martin - laurent.martin@chu-dijon.fr

Heures d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 8h à 18h
Tel : 03 80 29 33 01 Fax : 03 80 29 52 75



Cadre réservé
au laboratoire

Pour toute demande, veuillez joindre :

Le bon de demande d'examens de laboratoire (BMS 4308) pour les établissements extérieurs au CHU de Dijon

Le bon de demande d'examen de Foetopathologie (IM-2014-0065 BMS 8731)

Le fœtus à l'état frais

Le bon de demande d'examen histopathologique du placenta (IM-2015-0358 BMS 8730)

Le placenta à l'état frais pour le CHU Dijon ou fixé pour les établissements extérieurs

La fiche d'autorisation d'autopsie SIGNÉE PAR LES PARENTS (IM-2015-0361 BMS 8741)

La radiographie du squelette entier (quelque soit le terme).

La fiche de liaison (si CHU de Dijon) (IM-2015-0360 BMS 8733)

Bon de demande d'examen de FOETOPATHOLOGIE

Identification patient

*Etiquette d'identification du patient
Avec NDA et NIP
à coller ici
(OBLIGATOIRE)*

Identification prescripteur

UF de réalisation du prélèvement (obligatoire si CHU) :

Service et Centre hospitalier (obligatoire si hors CHU) :

Médecin prescripteur :

- Nom Prénom :

Interlocuteur :

- Nom Prénom :

- Tel :

Renseignements Fœtus

Semaines d'aménorrhée: SA + jours Sexe : Poids : Taille :
Pathologie :

Date et heure de naissance : (obligatoire)

Date : / / 20

Heure : h mn

Date et heure de décès : (obligatoire)

Date : / / 20

Heure : h mn

Type de décès :

mort né né vivant et non viable né vivant macéré

Renseignements cliniques

Grossesse actuelle :

Arrêt de grossesse spontané

Arrêt de grossesse provoqué

Fausse couche spontanée (précoce/tardive)

Pathologie et anomalies constatées au cours de la grossesse : non oui (préciser):

Echographies: normales pathologiques (préciser):

Autres renseignements :

Antécédents maternels obstétricaux :

Gestation : Parité :

Naissances vivantes : non oui

Nombre :

Pathologie :

FCS / MFIU : non oui

Nombre :

Terme :

Pathologie :

Examens réalisés :

Caryotype : non oui (résultat):

Radios : non oui

Examens paracliniques effectués :

non oui (préciser et joindre les résultats) :

Signature du médecin (nom, prénom)