

**BON DE DEMANDE TOXOPLASMOSE**  
**Chez la femme enceinte et le nouveau-né (Séroconversion affirmée ou suspectée)**  
*Pour plus de précisions contacter le biologiste 2555*

Prélèvement du : ..... / ... / ..... à ..... h...

Nom du Prescripteur : .....

Nom du Préleveur : .....

UF : .....

**Etiquette MERE**
 Nom :  
 Prénom :  
 Née le :  
 Sexe :  
 N°IEP
**Etiquette ENFANT**
 Nom :  
 Prénom :  
 Née le :  
 Sexe :  
 N°IEP
**Renseignements obligatoires :**

DDR : ..... Ou DG : .....

- Traitement par Spiramycine (depuis le : .....)
- Prélèvements antérieurs (laboratoire : .....) *(joindre résultats sérologie si suivi hors CHOR)*
- Séroconversion connue (date : .....

**I. SURVEILLANCE DE LA FEMME ENCEINTE** Suspicion de séroconversion
 Prélèvement de **sang de la mère** : recherche d'IgG + IgM anti-toxoplasme  5 mL
**II. DIAGNOSTIC ANTE-NATAL** *Prévenir le biologiste avant envoi + Fiche de renseignement obligatoire (CNR)*
 **Sang de la mère** :  5 mL  
 recherche d'IgG + IgM anti-toxoplasme

 **Liquide amniotique** :  
 Recherche d'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR

  
 Volume optimal :  
 30 mL
**III. SURVEILLANCE MERE – ENFANT A L'ACCOUCHEMENT** *Prévenir le biologiste avant envoi*

- Sang de la mère** : recherche d'IgG + IgM anti-toxoplasme  5 mL
- Sang de cordon** : recherche d'IgG + IgM et Profils immunologiques Comparés  5 mL
- Sang de cordon** : Recherche d'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR  5 mL
- Liquide amniotique** : Recherche d'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR 
- Placenta (entier)**: Recherche d'ADN de *Toxoplasma gondii* par PCR +/- culture (seau anapath)
- Sang périphérique NNé (J0)**: recherche d'IgG + IgM / Profils immunologiques Comparés  2 mL

**IV. DIAGNOSTIC POST-NATAL**
 **Sang périphérique Nourrisson** :  **J3**  **Autre**  2 mL  
 recherche d'IgG+IgM et Profils immunologiques Comparés

- Signes cliniques évocateurs de toxoplasmose congénitale : .....
- Traitement en cours chez le NNé : .....