



**BIOCHIMIE-  
HORMONOLOGIE**  
Chef de Service

Dr BENOIST Jean – François

**UF Biochimie foeto-maternelle**

Dr MULLER Françoise

☎ : 01 40 03 53 82

[françoise.muller@aphp.fr](mailto:françoise.muller@aphp.fr)

Dr DREUX Sophie

☎ : 01 40 03 40 39

[sophie.dreux@aphp.fr](mailto:sophie.dreux@aphp.fr)

Dr ALLAF Bichr

☎ : 01 40 03 41 17

[bichr.allaf@aphp.fr](mailto:bichr.allaf@aphp.fr)

Dr NGUYEN Claire

☎ : 01 40 03 40 39

[claire.nguyen@aphp.fr](mailto:claire.nguyen@aphp.fr)

**UF Explorations Métaboliques**

Dr RIGAL Odile

☎ : 01 40 03 23 33

[odile.rigal@aphp.fr](mailto:odile.rigal@aphp.fr)

Dr BENOIST Jean – François

☎ : 0140 03 47 27

[Jean-francois.benoist@aphp.fr](mailto:Jean-francois.benoist@aphp.fr)

**Secrétariat**

FAVRE Catherine

[catherine.favre@rdp.aphp.fr](mailto:catherine.favre@rdp.aphp.fr)

COHEN Nadine

[nadine.cohen@rdp.aphp.fr](mailto:nadine.cohen@rdp.aphp.fr)

☎ : 01 40 03 53 81

☎ : 01 40 03 53 80

**Cadres**

CAROFF Edwige

[edwige.caroff@rdp.aphp.fr](mailto:edwige.caroff@rdp.aphp.fr)

☎ : 01 40 03 41 06

**PRELEVEMENTS FCETAUX**  
Joindre le consentement signé de la patiente

**SERVICE DEMANDEUR :**

**PRESCRIPTEUR :**

**ADRESSE :**

**TEL :**

**FAX :**

**1- IDENTIFICATION PATIENTE**

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**2- PRELEVEMENT**

**PRECISER GROSSESSE**  **MONOFOETALE**

**NOM DU PRELEVEUR :**

**GEMELLAIRE**

**DATE DE PRELEVEMENT :**

**HEURE :**

**DATE DEBUT DE GROSSESSE :**

**AGE GESTATIONNEL :** S.A

**INDICATION :**

**SI SAE, JOINDRE UN COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE**

**3- NATURE DU PRELEVEMENT**

**LIQUIDE AMNIOTIQUE**

**SANG FCETAL**

**SANG MATERNEL**

**URINES FCETALES**

**AUTRE (A PRECISER)**

**4- EXAMENS A REALISER**

**ENZYMES DIGESTIVES**

**ACHE**

**AFP**

**PURETE DU SANG FCETAL**

**AUTRE (A PRECISER)**

LBM OU CENTRE DE TRI

(joindre la feuille de transfert)

Reçu le :

Heure :

Centrifugé : Oui  Non

Conservation à 4°C : Oui  Non

Congelé : Oui  Non

Départ le :

**JOINDRE BON DE COMMANDE**