

Information de la sérologie pour la grossesse en cours

Nom et prénom de la patiente: _____

Date de naissance: _____ Numéro de téléphone: _____

Terme prévu _____

_____, j'atteste que la sérologie de

Nom du soignant

Mme est :

Date du résultat: _____ (Doit avoir été réalisé durant les 12 derniers mois)			
HIV :	Positif	Négatif	Non testé
Hépatite C :	Positif	Négatif	Non testé
Hépatite B :	Positif	Négatif	Non testé
Syphilis :	Positif	Négatif	Non testé
GBS :	Positif	Négatif	Non testé

Date:

Signature + cachet :