

## SURVEILLANCE TOXOPLASMOSE

Nom et prénom  
de l'enfant :

N° de dossier :

Médecin :

Date de naissance :

Unité d'origine :

Tél. parents :

Nom et prénom  
de la mère :

Mutation éventuelle :

### GROSSESSE

Date de séroconversion :
PCR :
Echographies :
Traitement :

### A LA NAISSANCE

NFS plaquettes :
Inoculation du Placenta à la souris :
Fond d'œil :

### TRAITEMENT

--

### A DEUX MOIS

--

**Conclusion provisoire à 2 mois :**

<b>FOND D'OEIL</b>						
<b>Ig G</b>						
<b>Ig M</b>						
<b>TRAITEMENT</b>						
<b>NFS Plaquettes</b>						
	<b>4 MOIS</b>	<b>6 MOIS</b>	<b>9 MOIS</b>	<b>12 MOIS</b>	<b>18 MOIS</b>	<b>24 MOIS</b>

