

PARTIE DESTINEE AU LABORATOIRE AGREE

<input type="checkbox"/> Dépistage 1^{er} TRIMESTRE Entre 11,0 et 13,6 SA Soit entre le : <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> et <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2^{ème} TRIMESTRE Entre 14,0 et 17,6 SA Soit entre le : <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> et <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
NOM : NOM de naissance: Prénom : DATE DE NAISSANCE : <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	Médecin prescripteur : N° ADELI :
NOM et Prénom de l'échographe : Signature :	
IDENTIFIANT au sein du réseau de Périnatalité : <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Don d'ovocyte : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Année de naissance de la donneuse : <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>	
DATE DE L'ECHOGRAPHIE : <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	
DATE de DEBUT de GROSSESSE : <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	
NOMBRE DE FŒTUS : 1 (Test proposé pour les grossesses mono-fœtales uniquement)	
<input type="checkbox"/> Jumeau évanescent (perte fœtal à SA)	
CLARTE NUCALE : <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> mm LCC <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> mm	
POIDS (le jour du prélèvement) : <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> Kg TABAC (« non » si arrêt depuis plus de 15 jours) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Antécédent personnel de TR21 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diabète Insulinodépendant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Origine géographique : Caucasienne(et Afrique du Nord) / Asie / Afro-Caraïbes / Guyanaise	

CONSETEMENT ECLAIRE DE LA PATIENTE ET DU PRATICIEN A SIGNER AU VERSO

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS A REMPLIR PAR LA PATIENTE
(ou le laboratoire transmetteur)

NOM : **Nom de naissance :**

Prénom :

Adresse : n° rue : **Ville :** **CP :**

NOM de l'assuré :

Téléphone :

NOM et ADRESSE de L'ORGANISME OBLIGATOIRE : (Acte remboursé à 100%)

COORDONNEES du LABORATOIRE TRANSMETTEUR

N°D'IMMATRICULATION :

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE ET L'ORDONNANCE DU MEDECIN

DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT : / / A h	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme :
Reçu le / / A h par	
<input type="checkbox"/> Tube primaire <input type="checkbox"/> Alicot	

CONSENTEMENT ECLAIRE

A signer par la patiente et le praticien (arrêté du 14/12/18)

Je soussignée

.....
atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin
généticien (*) (nom, prénom)

.....
au cours d'une consultation en date du :

.....
des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :

1°) les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise en charge des personnes porteuses de trisomie 21; le fait que cet examen permette d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2°) les modalités de cet examen :

- une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- un calcul de risque de trisomie 21 est effectué; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et utilisables ;
- le résultat de cet examen est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être porteur de la trisomie 21. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en établir le diagnostic.

Le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal :

- si le risque est $<1/1000$, il est considéré comme suffisamment faible pour arrêter cette procédure de dépistage et poursuivre une surveillance simple de la grossesse même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
- si le risque est compris entre $1/51$ et $1/1000$: un examen de dépistage portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
- Si le risque est $\geq 1/50$ la réalisation d'un caryotype foetal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal).

Seul le résultat du caryotype foetal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.

Le laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date:

Signature du médecin
ou de la sage femme (*)

Signature de l'intéressée

(*) Rayez la mention inutile.

Merci de laisser une copie du formulaire à la patiente

Pour tout renseignement complémentaire : **Dr Haïssam RAHIL et Dr Thomas ROUCAUTE**

Médecins Biologistes, Agréés pour les marqueurs sériques

Labosud - 168 rue de la taillade - 34070 Montpellier

Tél : 04 67 45 45 18 - Fax : 04 99 23 15 79