PARTIE DESTINEE AU LABORATOIRE AGREE

biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

ESTIMATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE
par l'étude des marqueurs sériques maternels - 1er et 2ème trimestre

Secrétariat T21 PARIS : tél 01 44 12 59 73 - fax 01 44 12 59 03
Secrétariat T21 LYON : tél 04 72 80 73 75 - fax 04 72 80 73 62

MEDECIN PRESCRIPTEUR

N° d'identification : ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌋ ⌊⌊⌋⌋⌊⌊⌋⌋ Clé ⌊⌋
Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Tél : ..... Fax : .....

Cachet du prescripteur

ECHOGRAPHISTE

N° d'identification : ..... Réseau périnatalité : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Tél : ..... Fax : .....

Etiquette échographiste

PATIENTE

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Tél : ..... Fax : .....
Date de naissance : ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie : ☐☐ ☐☐ ☐☐
CN : ☐,☐ mm LCC : ☐☐,☐ mm (doit être entre 45 et 84 mm)
Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋
Ou à défaut : Date d'accouchement prévue : ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋ (à 40,3 SA)
Date des dernières règles : ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋
Nombre de foetus ☐
Si grossesse gémellaire : ☐ monochoriale ☐ bichoriale
CN (J2) ☐,☐ mm LCC(J2): ☐☐,☐ mm

Renseignements concernant la patiente et intervenant dans le calcul du risque :

- Poids de la patiente ☐☐☐,☐ kg
- Fumeuse ? ☐ oui ☐ non
- Diabète insulino-dépendant ? ☐ oui ☐ non
- Grossesse antérieure avec trisomie 21 ? ☐ oui ☐ non
- Origine géographique ☐ Caucasienne ☐ Afro-caraïbéenne ☐ Asiatique ☐ Orientale ☐ Autres : .....

Commentaires :

☐ Jumeau évanescent (perte fœtale à ..... SA) ☐ Insuffisance rénale chronique
☐ Don d'ovocyte - Age de la donneuse : ☐☐ ans
☐ Autres : .....

PRESCRIPTION

☐ 1er trimestre : risque combiné (PAPP-A + βhCG libre + CN)
☐ 2ème trimestre : risque séquentiel intégré
☐ Double test (hCG + AFP + CN) ☐ Triple test (hCG + AFP + uE3 + CN)
☐ 2ème trimestre : marqueurs sériques maternels sans CN
☐ Double test (hCG + AFP) ☐ Triple test (hCG + AFP + uE3)

☐ Marqueurs sériques maternels au 1er trimestre de la grossesse sans calcul de MoM et sans calcul de risque, *exclusivement dans le cadre d'une convention conclue selon l'article 7 de l'arrêté du 23 juin 2009* (dosages PAPP-A + βhCG libre)

LABORATOIRE

Prélèvement réalisé le ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋ ⌊⌊⌋⌋

Réservé
Laboratoire Biomnis
Etiquette code-barre

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 [6e] du code de la santé publique).

Je soussignée .....

➤ **atteste avoir reçu du docteur :**

.....

au cours d'une consultation médicale :

1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée :

- un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;
- 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, notamment de la trisomie 21 :
  - si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
  - si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

➤ **consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.**

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.
L'original du présent document est conservé dans le dossier médical de la patiente.
Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses.
L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : .....

Signature du praticien

Signature de la patiente