CBMS

CENTRE DE BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Laboratoire Jules Verne 2 - 4 Route de Paris - 44300 NANTES
Tél. : 02 51 17 15 15 - Fax : 02 51 17 15 16

BIOLIANCE laboratoires

Estimation du risque de Trisomie 21 fœtale par les Marqueurs Sériques Maternels du 1er et 2ème trimestre

❑ **MSM 1er Trimestre - Prélèvement à réaliser de 11SA à 13SA + 6 j soit du :** ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

si la Clarté Nucale est non exploitable et/ou les MSM 1er trimestre non réalisables :

❑ MSM 2ème Trimestre - Prélèvement à réaliser de 14SA à 17SA + 6 j soit du : ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

❑ si la Clarté Nucale est exploitable un dépistage séquentiel intégré sera réalisé (MSM 2ème trimestre + CN)

FEUILLE DE DEMANDE à confier à la patiente et à transmettre, ***dûment remplie et signée,*** avec le prélèvement
Il y a 3 dates clés indispensables : **A**ge de la mère, **D**ébut **D**e **G**rossesse et **J**our de prélèvement au labo.

PATIENTE

Nom : .....

Prénom : ..... née le : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

.....

MEDECIN Prescripteur

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Renseignements cliniques :

Poids de la patiente : ..... **Kg**

Tabac, nombre de cig/jour : .....

Antécédents : T21 ❑ DFTN ❑

Diabète i.d. : non ❑ oui ❑

Insuffisance rénale : non ❑ oui ❑

Origine ethnique : Caucasien ❑ Autre ❑

D.D.G. : ..... / ..... / ..... **confirmée par échographie**

Don d'ovocyte : oui ❑ Age de la donneuse .....

Echographie du 1er trimestre **(de 11 SA à 13 SA + 6 j)**

Réalisée par : .....

IDENTIFIANT RÉSEAU : ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋

Date de l'échographie : ..... / ..... / .....

Nombre de foetus : .....

LCC : ..... mm (comprise entre 45 et 84 mm)

Clarté Nucale : ....., ... mm

Grossesse multiple ❑ Monochoriale ❑ Bichoriale ❑
signaler les jumeaux évanescents

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (article R. 2131-1 (6°) 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 prélèvementt (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.

je 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 da 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 l'intéressée :**

L.A.M. EFFECTUANT LE PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement : ..... / ..... / .....

1 ➥ Prélèvement de 5 ml de sang total sur tube sec, tube gel siliconé, centrifugé et conservé à + 4° C.

2 ➥ Transmission de l'échantillon accompagné de la présente fiche de renseignements et de la prescription.

CACHET DU LABORATOIRE

TIERS PAYANT

N° S.S. : .....

Caisse : ..... N° Centre : .....

IMP. LOIRE GRAPHIC NANTES