EVALUATION DU FACTEUR DE RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE

Laboratoire FORTE BIO-Unilabs –16,18 rue des Fusillés 40100 DAX

Dr C.GEHRKE **Dr JP.ROBERT**

Tel 05 58 90 91 92 - Fax 05 58 90 91 91 Email : laboratoire.dax@unilabs.com

Dépistage combiné au 1er Trimestre
Grossesse monofoetale
Prélèvement entre 11.0 et 13,6 SA
Renseignements écho joints + n° réseau
Soit entre le : ……/……/…….
Et le : ……/……/…….
(Arrêtés ministériels du 14/12/2018) ☐

Marqueurs sériques maternels 2ème Trimestre
Grossesse monofoetale
Prélèvement entre 14.0et 17,6 S A
Renseignements écho joints
Soit entre le : ……/……/…….
Et le : ……/……/…….
(.Arrêtés ministériels du 14/12/2018) ☐

Compléter IMPERATIVEMENT et LISIBLEMENT les rubriques soulignées

IDENTIFICATION de la FEMME ENCEINTE

NOM Marital : ……..

NOM de Naissance : ……..

Prénom : ……..

Date de naissance : ……/……/……

Adresse : ……
……

Téléphone : ……
Poids de la patiente (lors de la prise de sang) ☐ Kgs

Tabac (pendant la grossesse) NON ☐ OUI ☐

Diabète insulino-dépendant : NON ☐ OUI ☐

Origine Géographique :
EUROPE & AFRIQUE DU NORD ☐ ASIE ☐
AFRIQUE SUB SAHARIENNE & ANTILLES ☐ AUTRES ☐

Antécédent au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :

- Trisomie 21 NON ☐ OUI ☐
- Non fermeture du tube neural NON ☐ OUI ☐

ECHOGRAPHIE (11 à 13 Sem + 6j)

Echographiste : Nom… …… Prénom ……

N° de Réseau : / / / / / / / / / / / / /

Date d'échographie : ……/……/…….

Date de début de Grossesse échographique : ……/……/…….

Monofoetale ☐

SI GROSSESSE GEMELLAIRE : DEPISTAGE PAR ADNflc (DPNI)

Clarté nucale :……..mm

LCC : ...……mm
(doit être entre 45 et 84 mm)

IAC ☐ FIV ☐ ICSI ☐

Don d'ovocytes ☐ (Age de la donneuse : ...……ans)

Réimplantation embryonnaire ☐ (Fécond ……/……/……..)

Réduction embryonnaire/ Jumeau évanescent ☐

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels
(Arreté du 14/12/2018 mofifiant le modèle du III de l'article R.2131-2 du code de la santé publique).

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 :

-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 ;
-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 fœtal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
-**Si le risque est ≥ 1/50** la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype fœtal 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 et cachet du Prescripteur Signature de la patiente

LABORATOIRE TRANSMETTEUR L1☐ L2☐ L3☐ L4☐ L5☐ L6☐ L7☐ L8☐ L9☐ **HOPITAL** ☐ **Biolib**☐ **Autres**☐

Prélèvement réalisé le Par : **Tube primaire** ☐ **Tube secondaire** ☐

« Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine.Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21.Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifié en 2004,vous bénificiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant »