LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
EYLAU UNILABS

SELAS Eylau-Unilabs RCSParis B784652026
www.laboratoire-eylau.fr
trisomie21.eylau@unilabs.fr

Eylau – Saint Didier
753794312 – Agréé AMP – Marqueurs Fœtaux
55, rue Saint Didier – 75116 Paris

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 17 h
Tél : 01 53 70 64 59 – Fax : 01 53 70 64 93
Dr Valérie KOUBI Dr Marion BEAUMONT

Dépistage du Risque de Trisomie 21 Fœtale

ECHOGRAPHISTE	PRESCRIPTEUR
N° d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
N° Réseau périnatalité |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	

□ DÉPISTAGE COMBINÉ AU 1ER TRIMESTRE (avec CN)
Grossesse monofœtale uniquement, prélèvement entre 11S+0j à 13S+6j
- Joindre échographie + N° Réseau

Soit entre le _ _ /_ _/_ _ **et le** _ _ /_ _/_ _

□ MARQUEURS SÉRIQUES AU 2ÈME TRIMESTRE (sans CN)
Grossesse monofœtale uniquement, prélèvement entre 14S+0j à 17S+6j

Soit entre le _ _ /_ _/_ _ **et le** _ _ /_ _/_ _

Date et heure de prélèvement :

Nom de Naissance :

Nom Usuel : **Prénom :**

Née le : _ _ /_ _/_ _ _ _

-Date de l'échographie : _ _ /_ _/_ _
-Longueur cranio-caudale : _ _ , _ _ mm
-Mesure de la clarté nucale : _ _ , _ _ mm
-Date de début de grossesse : _ _ /_ _/_ _
-Nombre de fœtus : __
-Poids de la patiente (le jour du prélèvement) : _ _ _ kg
-Antécédent de trisomie 21 : □ Oui □ Non
-Antécédent de trisomie 18 : □ Oui □ Non
-Antécédent de non-fermeture du tube neural : □ Oui □ Non
-Fumeuse (arrêt ≥ 15 jours = Non) : □ Oui □ Non
-Diabète de type I : □ Oui □ Non
-Insuffisance rénale chronique : □ Oui □ Non
-Origine géographique : □ Europe/Afrique du Nord □ Asie
□ Afrique subsaharienne/Antilles □ Autres : ……
-Données AMP : □ IIU □ FIV □ ICSI _ _ /_ _/_ _
-Date de la fécondation _ _ /_ _/_ _
-TEC : Age de la patiente le jour de la ponction _ _ ans
-Don d'ovocyte □ Oui □ Non Age de la donneuse _ _ ans
-Réduction embryonnaire : □ Oui □ Non
Si oui, date de la réduction* _ _ /_ _/_ _
-Jumeau évanescent : □ Oui □ Non
Si oui, date d'arrêt des battements cardiaques* _ _ /_ _/_ _

**l'analyse doit être réalisée 6 semaines minimum après la réduction ou l'arrêt des battements cardiaques du jumeau évanescent*

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 libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez 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.

Consentement pour les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique (Arrêté du 14 décembre 2018).

Je soussignée .....
atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du 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 du prescripteur **Signature de l'intéressée**