



EVALUATION DU FACTEUR DE RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE

Laboratoire AquBio-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 ADNf1c (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
(Arrêté du 14/12/2018 modifiant 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 chorales 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 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 »