

EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FOETALE

par l'étude des marqueurs sériques maternels au 1er ou 2e trimestre de la grossesse

Biologistes agréés : M.H. READ, Dr D. GUENET, S. FRADIN

Tél. secr. : 02 31 06 48 72 Fax : 02 31 06 51 60 Tél. RDV prélèvements 02 31 06 45 69

NOM : ..... NOM jeune fille : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

**----- A compléter lisiblement - données prises en compte dans le calcul de risque -----**

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Poids de la patiente : ..... kg  
 Date Début de Grossesse (précisée par échographie) : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Tabagisme : oui  non   
 Antécédent personnel T21 libre : oui  non   
 Insuffisance rénale chronique : oui \* non   
 \* Si I.R.C. : pas de prélèvement car ininterprétable  
 Origine géogr. :  Europe ou Afrique du Nord  Afrique subsaharienne ou Antilles  Asie  Autre, préciser .....

Echographie du 1er trimestre réalisée le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] par : ..... N° identifi. : .....  
 Nombre de foetus : .....  
 LCC : [ ][ ], [ ][ ] mm Clarté nucale : [ ][ ], [ ][ ] mm  
 si gémellaire  monochoriale  bichoriale  
 LCC J2 : [ ][ ], [ ][ ] mm Clarté nucale J2 : [ ][ ], [ ][ ] mm  
 Commentaires :  don d'ovocyte - âge donneuse ..... ans,  
 jumeau évanescent  
 Signes d'appel échographiques :  
 préciser : .....

étiquette échographie

**Joindre le compte-rendu de l'échographie**

<p><b>1er T</b> Marqueurs du 1er trimestre*                  Prélèvement entre <b>11 et 13 SA + 6 J</b>                  Soit entre le ..... et le .....                  * bien respecter les dates données</p>	<p><b>OU</b></p>	<p><b>2ème T</b> Marqueurs du 2e trimestre*                  Prélèvement entre <b>14 et 17 SA + 6 J</b>                  Soit entre le ..... et le .....                  * bien respecter les dates données</p>
--	------------------	--

**Formulaire pour les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels mentionnés au 1° du I de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.**  
 Je soussignée **Madame** ..... atteste avoir reçu, du **Dr** ou de la **SF** (\*) ..... au cours d'une consultation médicale en date du .....

des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre 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.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels. Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.  
 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 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 médecin ou de la sage-femme : ..... Signature de l'intéressée : .....

J'accepte que ce prélèvement puisse être utilisé pour des recherches biomédicales dans l'identification de nouveaux marqueurs : oui  non   
 (\*) **Rayer la mention inutile.**  
 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.

Cachet du médecin prescripteur   Tél N° Vérifier que l'adresse est bien lisible	Cachet du LABORATOIRE TRANSMETTEUR   joindre les renseignements nécessaires à la facturation à la caisse d'assurance	<p style="text-align: center;"><b>A remplir obligatoirement :</b></p> Prélève le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] au labo. <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> Heure : [ ][ ] Nom du préleveur : TPND <input type="checkbox"/> Ali <input type="checkbox"/> > 25° <input type="checkbox"/> TP gel C <input type="checkbox"/> TP gel non C <input type="checkbox"/> + 4 <input type="checkbox"/> - 20 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> Réception le ..... à ..... h Centrifugé le ..... à ..... h
---	---	---