

ESTIMATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FOETALE

par l'étude des marqueurs sériques maternels – 1^{er} et 2^{ème} trimestre

LABORATOIRE ORIADE NOVIALE ORIAPOLE - Secrétariat : Tel 04 38 37 25 08 - Fax 04 38 37 25 09

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du prescripteur

PRESCRIPTION

- 1^{er} trimestre - risque combiné (prélèvement entre 11s + 0j et 13s + 6j)
- 2^{ème} trimestre sans clarté nucale (prélèvement entre 14s + 0j et 17s + 6j)
- 2^{ème} trimestre avec clarté nucale - risque séquentiel intégré (prélèvement entre 14s + 0j et 17s + 6j)

Prélèvement à réaliser entre le ____ / ____ / ____ et le ____ / ____ / ____

Joindre une prescription Dosages des Marqueurs sériques de la T21.

Prélèvement réalisé le : ____ / ____ / ____

PATIENTE

Nom :
 Prénom :
 Nom de naissance :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Tél : Date de naissance : ____ / ____ / ____

ECHOGRAPHISTE

Nom :
 Prénom :
 N° RPN :

Etiquette
Echographiste

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE

Date de l'échographie (11s + 0j à 13s + 6j) : ____ / ____ / ____
 Date de début de grossesse déterminée par l'échographe : ____ / ____ / ____
 ↳ ou à défaut, date des dernières règles : ____ / ____ / ____
 monofoetale gémellaire (uniquement si ≥ 14 SA + 0 jour)

Clarté nucale : ____ mm
 LCC : ____ mm (doit être entre 45 et 84 mm)

Clarté nucale (J2) : ____ mm
 LCC (J2) : ____ mm
 monochoriale bichoriale

- FIV – ICSI
- TEC [Date de la ponction : ____ / ____ / ____]
- Jumeau évanescent [Perte foetale à : ____ SA]
- Don d'ovocyte [Age de la donneuse : ____ ans]
- Autres :

Renseignement concernant personnellement la patiente et intervenant dans le risque

Poids de la patiente : ____ kg
 Fumeuse ? Oui Non
 Diabète insulino-dépendant ? Oui Non
 Grossesse antérieure avec trisomie 21 ? Oui Non
 Insuffisance rénale chronique ? Oui Non
 Origine géographique :
 Europe / Afrique du nord
 Afrique sub-saharienne / Antilles
 Asie
 Autres :

LABORATOIRE TRANSMETTEUR

Cachet du laboratoire



Réservé Laboratoire ORIADE NOVIALE
Etiquette code barre

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE DE LA FEMME ENCEINTE

Information et consentement de la femme enceinte à la réalisation des examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels mentionnés au 1^{er} du I de l'article R.2131-1 du code de la santé publique.

Je soussignée (nom et prénom de la patiente)

atteste avoir reçu, **du médecin ou de la sage-femme**

(rayer la mention inutile) :

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 foetus 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 foetal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype foetal 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 la patiente

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information et consentement de la femme enceinte à la réalisation des examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels mentionnés au 1° du 1 de l'article R.2131-1 du code de la santé publique.

Je soussignée (nom et prénom de la patiente)

atteste avoir reçu, du médecin ou de la sage-femme (rayer la mention inutile) :

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 foetal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype foetal 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 la patiente

PARTIE A CONSERVER PAR LA PATIENTE

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information et consentement de la femme enceinte à la réalisation des examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels mentionnés au 1° du 1 de l'article R.2131-1 du code de la santé publique.

Je soussignée (nom et prénom de la patiente)

atteste avoir reçu, du médecin ou de la sage-femme (rayer la mention inutile) :

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 foetal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype foetal 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 la patiente