LABORATOIRES ATOUTBIO

70, rue Stanislas * 54000 NANCY * Tél. 03.83.37.70.77 * Rendez-vous Tél 03.83.37.70.72 * Fax : 03.83.37.70.71 * N°Inscr. 54-12

Docteur Ch. BAILLET **Docteur Y. GERMAIN** **Docteur J-M PAULUS** **Docteur M. TEBOUL**

Laboratoire autorisé par arrêté du 20 Juin 2000 à pratiquer les analyses de Biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou foetale dans le sang maternel sous la responsabilité des Docteurs Ch. BAILLET, Y. GERMAIN, M. TEBOUL et J-M PAULUS

Estimation du risque de Trisomie 21 foetale par l'étude des marqueurs

Médecin prescripteur

N° identification : |__|__| |__| |__|__|__|__|__| Clé |__|

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Fax :

N° d'identification du médecin échographiste(obligatoire)

|__|__|__| |__|__|__| |__| |__|__|__|__| |__|__|

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Fax :

Patiente

Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Adresse :

CP : Ville : Tél :

Nom et Adresse de la caisse C.P.A.M.

N° Sécu de l'assuré :

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Merci de joindre le compte-rendu échographique

Clarté Nucale : |__|__|,|__|__| mm

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|

Date de début de grossesse :|__|__| |__|__| |__|__|

L.C.C. : (doit être entre 45 & 84 mm) : |__|__|,|__|__| mm

Date de l'échographie : |__|__| |__|__| |__|__|

=> Soit terme échographique : |__|__| **SA** |__|__| **J**

Poids : |__|__|__|,|__| Kgs

Nombre de foetus : 1 |__| ***Attention : si grossesse gemellaire faire DPNI d'emblée***

Fumeuse : Oui |__| Non |__|

Origine géographique :

Causienne : |__| Afro-caraïbéenne : |__| Asiatique : |__| Autres : |__|

Date de prélèvement : |__|__| |__|__| |__|__|

Autres renseignements :

* Don d'ovocytes - Age de la donneuse : |__|__| ans
* TEC :Age de la patiente lors de la congélation de l'embryon : |__|__| ans
* Réduction embryonnaire le : |__|__| |__|__| |__|__|

Antécédents : Diabète : **Oui** |__| **Non** |__|

Trisomie 21 libre : **Oui** |__| **Non** |__|

Si antécédents de T21 : faire DPNI d'emblée

Prescription demandée : (arrêté du 14 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 14 janvier 2014)

☐ **1er trimestre : risque combiné** (PAPP-A + hCG libre + CN) entre 11,0 SA et 13,6 S.A. (soit 45 à 84 mm de LCC du foetus)

☐ **2ème trimestre** : marqueurs sériques sans C.N. (hCG + AFP) Le risque intégré est supprimé au 17/01/19

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 (en référence à l'article R.2131-1 du code de la Santé Publique)

Je soussignée, _____ atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme : _____

au cours d'une consultation médicale :

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 1er 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 complétement la possibilité pour le foetus 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 foetal libre circulant dans le sang maternel (ADNlcT21) sera proposé pour compléter le dépistage ;
- si le risque est ≥ 1/50, la réalisation d'un caryotype foetal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée (prélèvement dit invasif : de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal) et/ou un examen de dépistage ADNlcT21,

Seul le résultat du caryotype foetal 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 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 praticien** **Signature de la patiente**

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.