



Laboratoire ATOUTBIO STANISLAS
Tel : 03.83.37.70.86 / Fax : 03.83.37.70.76

1-Composition du Kit :

- Un sachet double poche
- 1 tube Streck
- 1 étui de protection en polypropylène
- Une fiche de transmission
- Un formulaire de demande d'analyse
- Consentement de la femme enceinte



Kit de prélèvement disponible sur demande au :
Service de cytogénétique

Par téléphone : **03.83.37.70.86**

Par mail : **cyto-secretariat.atoutbio@sante-lorraine.fr**

Par fax : **03.83.37.70.76**

2- Condition de stockage des kits

- Stockage et transport à température ambiante
- Ne pas réfrigérer, ne pas congeler
- Respecter impérativement les dates de péremption des tubes Streck
- Ne pas ouvrir le tube afin d'éviter les contaminations

3- Protocole de prélèvement

- Prélever 1 tube de 10 ml de sang total sur tube Streck par patiente **Remplir complètement le tube**
- **Immédiatement** après la prise de sang, mélanger les tubes **par plusieurs retournements doux** (minimum 10 fois)
- Insérer le tube Streck dans le sur-tube puis le mettre dans le sachet de transport, le sceller

- **JOINDRE** : dans la pochette du sachet de transport les documents suivants :

- La prescription
- La feuille de demande de dépistage ADNlc dûment complétée
- Le consentement de la patiente et l'attestation du prescripteur signés
- Une copie du compte-rendu de l'échographie du premier trimestre
- Une copie du compte-rendu du dosage des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21
- Si hors nomenclature le règlement par chèque de 390 euros à l'ordre du laboratoire ATOUTBIO

VERIFIER si date de naissance, date de grossesse, date de prélèvement, poids et taille de la patiente, sont bien complétés sur la fiche de renseignements cliniques

Le prélèvement doit être acheminé au laboratoire ATOUTBIO STANISLAS dans un délai de 7 jours maximum

Conditions préanalytiques à respecter :

- **1 Tube Streck dédié (conservateur de l'ADN libre circulant)**
- **Ne jamais centrifuger, ne pas congeler, ne pas réfrigérer**
- **Le prélèvement est conservé à température ambiante.**
- **Utiliser uniquement les sachets fournis et dédiés au dépistage ADNlc T21**
- **Transport et acheminement dans un délai de 7 jours maximum au laboratoire Atoutbio STANISLAS**

Nom :

Tampon du transmetteur

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date du prélèvement : ____ / ____ /

Réservé au laboratoire Atoutbio STANISLAS :

Heure de réception (et date si différente du prélèvement) :

Conforme Non Conforme : _____ Visa du vérificateur :



DEMANDE DE DEPISTAGE PRENATAL ADNlc T21

IT-PLANNCYTOG-001

Version : 6

Page : 2 sur 2

PATIENTE		PRESCRIPTEUR	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
N° SS :			
CPAM			
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _		Tél. :	
Tél. :		Fax :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Taille : _ _ _ _ (cm) / Poids : _ _ _ _ (kg)		Nombre de fœtus :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Date de début de grossesse : _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _		Type de gémellité :	
Don ovocyte <input type="checkbox"/>	Age de la donneuse : _ _	Jumeau évanescent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LABORATOIRE PRELEVEUR			
Nom :		Si hors nomenclature joindre au prélèvement un chèque à l'ordre du Laboratoire ATOUTBIO (390 Euros)	
Adresse :		Date de prélèvement :	
Tél. :		_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	
Fax :			
CONDITIONS PREANALYTIQUES			
- Prélever 1 tube Streck par patiente (Voir page 1)			
- Conserver le prélèvement (sang total) à température ambiante (dans le sachet dédié)			
- Délai maximum d'acheminement au laboratoire de 7 jours			
- Transport à température ambiante			
INDICATIONS			
(Dans tous les cas, joindre obligatoirement le compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre)			
<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels compris entre 1/51 et 1/1 000 et clarté nucale inférieure à 3,5 mm et sans autre anomalie échographique ou égal à 1/50 et préférant une dépistage ADNlc T21 (joindre photocopie du résultat) :			
<input type="checkbox"/> Dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre			
<input type="checkbox"/> Dépistage du 2 ^{ème} trimestre des marqueurs sériques seuls			
<input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse trisomie 21 fœtale. (joindre le résultat du caryotype)			
<input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire. (joindre le compte-rendu échographique)			
<input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation Robertsonienne impliquant un chromosome 21. (joindre la copie du résultat de caryotype)			
<input type="checkbox"/> Autre : Préciser			

Pour tout renseignement complémentaire : Laboratoire ATOUTBIO cyto-secretariat.atoutbio@sante-lorraine.fr