Hôpital Robert Debré Biochimie Fœtale et Placentaire	DEMANDE D'EXAMEN PRELEVEMENTS FOETAUX

Biochimie Prénatale - Hôpital Robert Debré - AP-HP – Paris

Drs Sophie Dreux, Claire Nguyen, Bichr Allaf, Etienne Voirin-Mathieu et Françoise Muller
48 Boulevard Sérurier 75019 PARIS
Tél : 01 40 03 53 81 ; Fax : 01 40 03 53 80

Service demandeur

Nom du Médecin :

Adresse postale :

Tél :
Fax :

Identification patiente

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date début de grossesse : **Age gestationnel :**

Préciser grossesse : ☐ Monofoetale ☐ Gémellaire

Prélèvement

Date du prélèvement :

Indication de l'Amniocentèse :
(JOINDRE UN COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE)

Nature du prélèvement

☐ Liquide amniotique (LA)
☐ Sang Fœtal
☐ Sang Maternel
☐ Urines Fœtales
☐ Autre (*à préciser*) ……..

Examens à réaliser

☐ Différenciation des poches de jumeaux
☐ Enzymes digestives du liquide amniotique
☐ AChE (électrophorèse des cholinestérases du liquide amniotique)
☐ AFP
☐ Pureté du sang fœtal
☐ Béta2-microglobuline (sang ou urines fœtales)
☐ 7 Déhydrocholestérol (SLO) du liquide amniotique
☐ Autre (*à préciser*) ……..

Facturation **Joindre un bon de commande pour la facturation**

Consentement de la femme enceinte à la réalisation, en vue du diagnostic prénatal in utero, d'une des analyses énumérées à l'article R 162-16-1 du 1er au 6ème, du Code de la Santé Publique

Après la consultation médicale prévue à l'article R 162-16-7 du code de la santé publique,
Je soussignée, **Madame…….déclare avoir reçu les informations suivantes** du Dr/SF……

- L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal rend nécessaire un prélèvement de liquide amniotique, de sang fœtal, de villosités choriales, dont m'a été expliqué le risque ;
- Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratique par le ministre chargé de la santé ;
- L'analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée dans mon cas ;
- Le résultat me sera rendu et expliqué par le médecin qui m'a prescrit l'analyse.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse de Biochimie pour laquelle il est effectué.

Date **Signature patiente** **Signature Dr/SF**