

EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FOETALE
par l'étude des marqueurs sériques maternels au 1er ou 2e trimestre de la grossesse

Biologistes agréés : Dr D. GUÉNET, G. LUBAC, A. CHOCAT

Tél. secr. : 02 31 06 45 61 - 02 31 06 66 37 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 : [][][][][][][][][] Diabète : oui non
 Date Début de Grossesse [][][][][][][][][] Tabagisme : oui non
 (précisée par échographie) : Antécédent personnel T21 libre : oui non
 Poids de la patiente : kg Insuffisance rénale chronique : oui non
 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

Grossesse multiple : le dépistage par ADN foetal libre circulant est recommandé en 1ère intention

Commentaires : don d'ovocyte - âge donneuse ans,
 jumeau évanescent
 Signes d'appel échographiques :
 préciser :

Joindre le compte-rendu de l'échographie

<p>1er T Marqueurs du 1er trimestre Prélèvement entre 11 et 13 SA + 6 J Soit entre le et le <i>* bien respecter les dates données</i></p>	<p>OU</p>	<p>2ème T Marqueurs du 2e trimestre Prélèvement entre 14 et 17 SA + 6 J de préférence après 15 SA Soit entre le et le <i>* bien respecter les dates données</i></p>
--	------------------	---

Je soussignée Madameatteste avoir reçu du Dr, de la SF ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (nom, prénom) au cours d'une consultation en date du :

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 premier 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 complètement la possibilité pour le fœtus 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 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. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal).

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 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 obligatoire de l'intéressée

<p>Cachet du médecin prescripteur</p> <p>Tél N° Vérifier que l'adresse est bien lisible</p>	<p>Cachet du LABORATOIRE TRANSMETTEUR</p>	<p>A remplir obligatoirement :</p> <p>Prélevé 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</p>
---	---	---