

DEPISTAGE PRENATAL AVEC UTILISATION DES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS DE LA TRISOMIE 21

NOM : Prénom : Tél : _ _ _ _ _

Nom de naissance: Date de naissance: _ _ _ _ _

Adresse: Code postal: _ _ _ _ _ Ville:.....

Date de début de grossesse: _ _ _ _ _
déterminée par échographie

Origine européenne ☐ autre :

Jumeau évanescent / réduction embryonnaire ☐

Tabagisme : non ☐ oui ☐

Antécédents au cours d'une grossesse antérieure:

Diabète : non ☐ oui ☐

T21 ☐ Maladie du tube neural ☐

Si oui : Gestationnel ☐ Insulino-dépendant ☐

Echographiste:

Joindre le compte-rendu échographique spécifiant le numéro d'identification au réseau périnatalité

Echographie du 1er trimestre réalisée le _ _ _ _ _ Terme calculéSAjours

LCC doit être comprise entre 45 et 84 mm LCC: _ _ , _ _ mm Clarté nucale : _ _ , _ _ mm

Nombre de fœtus : _ _ Gémellaire uniquement au **2^{ème} Trimestre** : monochoriale ☐ bichoriale ☐

FIV ☐ Si **TEC** ☐ date de ponction : _ _ _ _ _ Si **don d'ovocyte** ☐ âge de la donneuse _ _ ans

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.

Marqueurs du 1^{er} trimestre de 11.0 SA à 13.6 SA

Prélèvement à distance du repas**

soit entre le _ _ _ _ _ et le _ _ _ _ _

Marqueurs du 2^{ème} Trimestre de 14.0 SA à 17.6 SA

Prélèvement à distance du repas**

soit entre le _ _ _ _ _ et le _ _ _ _ _

**** Attention les graisses circulantes interfèrent avec les dosages et peuvent modifier le calcul du risque ; tout sérum lipémique sera refusé**

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

Article R. 2131-2 du Code de la Santé Publique

Je soussignée atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme (*)

au cours d'une consultation médicale 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 chorales 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 : _ _ / _ _ / _ _

(*) rayer la mention inutile

**Signature du médecin
ou de la sage-femme**

Signature de la patiente

Cachet du médecin prescripteur

Cachet du Laboratoire transmetteur

Renseignements lors du prélèvement

Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _

Heure : _ _ / _ _

Nom du préleveur :

Poids de la patiente : Kg ce jour

Réception le : _ _ / _ _ / _ _

joindre les renseignements nécessaires à la facturation de soins électronique