Laboratoire CERBA

DEPISTAGE DES TRISOMIES 13, 18 ET 21 PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL CIRCULANT

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

e-mail : smedical@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
Nom.....	Cachet obligatoire
Prénom.....	
Nom de naissance.....	
Adresse.....	Signature :
.....	
Date de naissance : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I	
Taille et poids I__I__I__I (cm) I__I__I__I (kg)	Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE ET ECHOGRAPHIQUE

RAPPEL : *ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1er trimestre (joindre le compte-rendu). Il NE DOIT PAS ETRE PROPOSE avant 10 semaines d'aménorrhées. Il NE DOIT PAS ETRE PROPOSE en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique.*

Date de début de grossesse : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

Grossesse :

☐ spontanée ☐ obtenue par procréation médicalement assistée

Pathologie maternelle associée:

☐ Pathologie rénale ☐ Syndrome anti-phospholipide

☐ Maladie thrombo-embolique ☐ Traitement HBPM

☐ Fibrome utérin

Nombre d'embryons évolutifs :

☐ 1 Longueur cranio-caudale : I__I__I, I__I mm
Mesure de la clarté nucale : I__I, I__I mm

☐ 2 Longueur cranio-caudale : I__I__I, I__I mm
Mesure de la clarté nucale : I__I, I__I mm

☐ 3 Longueur cranio-caudale : I__I__I, I__I mm
Mesure de la clarté nucale : I__I, I__I mm

Chorionicité :……..

Jumeau évanescent ☐ Oui ☐ Non

INDICATION (cocher plusieurs si besoin)

☐ Dépistage primaire (marqueurs sériques maternels non réalisés)

☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels **(joindre compte-rendu) :**

Stratégie de dépistage : ☐ combiné au 1er trimestre ☐ séquentiel intégré au 2e trimestre ☐ 2e trimestre (marqueurs sériques « seuls »)

Risque : ☐ accru (>1/250) : 1/……. ☐ intermédiaire (1/250-1/1.000) : 1/……. ☐ Faible (<1/1.000) : 1/……..

☐ Marqueurs sériques atypiques (marqueurs hors bornes : MoM PAPP-A <0,25 ou >2,5 et/ou MoM hCG <0,25 ou >5)

☐ Age maternel supérieur ou égal à 38 ans n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques (terme >18 semaines d'aménorrhées)

☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21 **(joindre compte-rendu)**

☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 13, 18 ou 21 **(joindre compte-rendu)**

☐ Autre (nous contacter) : ……

PRELEVEMENT SANGUIN

Prélèvement ☐ initial ☐ contrôle Date de prélèvement : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I Heure de prélèvement : I__I__I h I__I__I

N° Client : C I__I__I__I__I__I / I__I Cachet du laboratoire préleveur:

Facturation patiente ☐ Non ☐ Oui (joindre impérativement chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)

Partie réservée au Laboratoire Cerba

Code nature : CFDS (sang total tube Streck) Code analyse : NIPS	*Etiquette dossier*