

MEDECIN PRESCRIPTEUR

N° ADELI :
Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Fax :

ECHOGRAPHISTE

N° d'identification (*obligatoire*) :
Réseau périnatalité :
Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Fax :

PATIENTE

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Date de naissance :/...../.....

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie : [] [] []
CN (*clarté nucale*): [] mm
LCC (*longueur crano-caudale*) [] *doit être entre 45 et 84 mm (arrêté du 23/06/2009)*
Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : [] [] []
Nombre de foetus [] *Si grossesse gémellaire* [] *monochoriale* [] *bichoriale*
CN (J2).....mm LCC(J2).....mm
Poids de la patiente [] kg
Fumeuse ? Oui Non
Diabète insulino-dépendant ? Oui Non
Grossesse antérieure avec trisomie 21 ? Oui Non
Origine géographique
 Caucasienne Africaine Asiatique
 Orientale Autres :

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE (case à cocher)

1^{er} trimestre : risque combiné (PAPP-A + β hCG libre + CN)
(Prélèvement entre 11 et 13 S.A et 6 jours) à prélever impérativement au laboratoire
 2^{ème} trimestre : risque séquentiel intégré (hCG + AFP + CN)
(Prélèvement entre 14 S.A et 17 S.A et 6 jours)
 2^{ème} trimestre : marqueurs sériques maternels sans CN (hCG + AFP)
(Prélèvement entre 14 S.A et 17 S.A et 6 jours)

PRELEVEMENT A REALISER

ENTRE LE _____ ET LE _____

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 [6e] du code de la santé publique).

Je soussignée.....
atteste avoir reçu du docteur :

.....
au cours d'une consultation médicale :
1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée : un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;

le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;

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, notamment de la trisomie 21 ;

-si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le foetus d'être atteint de l'affection ;

- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype foetal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans le dossier médical de la patiente.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses.

L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date.....

Signature du praticien

Signature de la patiente