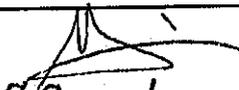


PARTIE DESTINEE AU LABORATOIRE AGREE

<input type="checkbox"/> Dépistage 1^{er} TRIMESTRE Entre 11,0 et 13,6 SA Soit entre le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> et <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2^{ème} TRIMESTRE Entre 14,0 et 17,6 SA Soit entre le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> et <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	--

NOM : _____ Médecin prescripteur : _____
 NOM de naissance : _____
 Prénom : _____ N° ADELI : _____
 DATE DE NAISSANCE : / /

NOM et Prénom de l'échographiste : **FLANDRIN Anaïk** Signature : 
 IDENTIFIANT au sein du réseau de Périnatalité : **341081108589101**

Don d'ovocyte : OUI NON Année de naissance de la donneuse : / /

DATE DE L'ECHOGRAPHIE : / /

DATE de DEBUT de GROSSESSE : / /

NOMBRE DE FŒTUS : **1** (Test proposé pour les grossesses mono-fœtales uniquement)

Jumeau évanescent (perte foetal à _____ SA)

CLARTE NUCALE : , mm LCC / , mm

POIDS (le jour du prélèvement) : / / Kg

TABAC (« non » si arrêt depuis plus de 15 jours) : OUI NON Antécédent personnel de TR21 : OUI NON

Diabète Insulinodépendant : OUI NON Origine géographique : Caucasienne(et Afrique du Nord)/ Asie / Afro-Caraïbes

CONSENTEMENT ECLAIRE DE LA PATIENTE ET DU PRATICIEN A SIGNER AU VERSO

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS A REMPLIR PAR LA PATIENTE (ou le laboratoire transmetteur)

NOM : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Adresse : n° rue : _____ Ville : _____ CP : _____

NOM de l'assuré : _____

Téléphone : _____

NOM et ADRESSE de L'ORGANISME OBLIGATOIRE : (Acte remboursé à 100%)

COORDONNEES du LABORATOIRE TRANSMETTEUR

N°D'IMMATRICULATION

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE ET L'ORDONNANCE DU MEDECIN

DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT : _____ / _____ / _____ A _____ h

Reçu le _____ / _____ / _____ A _____ h par _____ Conforme Non conforme : _____

Tube primaire Alicot

CONSENTEMENT ECLAIRE

A signer par la patiente et le praticien (arrêté du 14/12/18)

Je soussignée

.....
atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme 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 :

1°) 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 ;

2°) 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 $\geq 1/50$ 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 de l'intéressée

(*) Rayez la mention inutile.

Merci de laisser une copie du formulaire à la patiente

Pour tout renseignement complémentaire : Dr Haïssam RAHIL et Dr Thomas ROUCAUTE

Médecins Biologistes, Agréés pour les marqueurs sériques

Tél : 04 67 45 45 18

Fax : 04 99 23 15 79

PARTIE DESTINÉE AU LABORATOIRE AGRÉÉ

Dépistage 1^{er} TRIMESTRE
Entre 11,0 et 13,6 SA

Soit entre le :

/ / et / /

2^{ème} TRIMESTRE
Entre 14,0 et 17,6 SA

Soit entre le :

/ / et / /

NOM :

NOM de naissance:

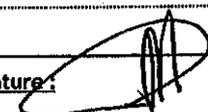
Prénom :

DATE DE NAISSANCE : / /

Médecin prescripteur :

N° ADELI :

NOM et Prénom de l'échographiste : **FRIES Nicolas**

Signature: 

IDENTIFIANT au sein du réseau de Périnatalité :

341081010101010101

Don d'ovocyte : OUI NON

Année de naissance de la donneuse : / /

DATE DE L'ECHOGRAPHIE : / /

DATE de DEBUT de GROSSESSE : / /

NOMBRE DE FŒTUS : **1** (Test proposé pour les grossesses mono-foetales uniquement)

Jumeau évanescent (perte foetal à SA)

CLARTE NUCALE : , mm LCC , mm

POIDS (le jour du prélèvement) : Kg

TABAC (« non » si arrêt depuis plus de 15 jours) : OUI NON

Antécédent personnel de TR21 : OUI NON

Diabète Insulinodépendant : OUI NON Origine géographique : Caucasienne(et Afrique du Nord)/ Asie / Afro-Caraïbes

CONSENTEMENT ECLAIRE DE LA PATIENTE ET DU PRATICIEN A SIGNER AU VERSO

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS A REMPLIR PAR LA PATIENTE
(ou le laboratoire transmetteur)

NOM : Nom de naissance :

Prénom :

Adresse : n° rue : Ville : CP :

NOM de l'assuré :

Téléphone :

NOM et ADRESSE de L'ORGANISME OBLIGATOIRE : (Acte remboursé à 100%)

COORDONNEES du LABORATOIRE TRANSMETTEUR

N°D'IMMATRICULATION

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE ET L'ORDONNANCE DU MEDECIN

DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT : / / A h.....

Reçu le / / A h..... par..... Conforme Non conforme :

Tube primaire Alicot

CONSENTEMENT ECLAIRE

A signer par la patiente et le praticien (arrêté du 14/12/18)

Je soussignée

.....
atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme 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 :

- 1*) 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 ;
- 2*) 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 $\geq 1/50$ 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:

Signature du médecin
ou de la sage femme (*)

Signature de l'intéressée

(*) Rayez la mention inutile.

Merci de laisser une copie du formulaire à la patiente

Pour tout renseignement complémentaire : **Dr Haïssam RAHIL et Dr Thomas ROUCAUTE**

Médecins Biologistes, Agréés pour les marqueurs sériques

Tél : 04 67 45 45 18

Fax : 04 99 23 15 79