

RÉSERVÉ LABORATOIRE
Étiquette code barre

PATIENTE

Nom de jeune fille :
 Nom d'épouse :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 CP : _____ Ville :

PRESCRIPTEUR

Nom :
 Prénom :
 RPPS :
 Adresse :
 CP : _____
 Ville :
 Tél :
 Fax :
 Email :

Signature :
cachet
du prescripteur

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES

Date de début de grossesse : __ / __ / ____
 Taille : Poids :
 Nombre d'embryons évolutifs :
 Jumeau évanescent : oui non Si oui, terme arrêt de grossesse :
 Nuque ≥ 3,5 mm à l'échographie du 1^{er} trimestre : oui non

RAISON DE LA PRESCRIPTION DU TEST ADNIc

REMBOURSÉS

Dépistage par les marqueurs sériques maternels : 1^{er} trimestre Risque 1/.....
 2^{ème} trimestre

↗ .1/50 < risque < 1/1000
 ou
 ↘ .1/10 < risque < 1/50 et préférence de la patiente

NON REMBOURSÉS

Grossesse gémellaire
 Antécédent de grossesse avec trisomie 21
 Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21
 1^{er} prélèvement (ADNIc) non informatif

CAS

NON REMBOURSÉS

Souhait parental
 Dépistage primaire
 Age maternel > 38 ans pour la patiente n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques > 35 SA
 Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13
 Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21
 Profil atypique des marqueurs sériques maternels
 Autres :

À VALIDER

Cas à valider en CPDPN pour prise en charge RIHN (ATCD T13 ou T18 ou porteur translocation 13 ou marqueurs atypiques)

Accord du CPDPN : oui joindre le CR de la réunion du CPDPN

Important : Ce test doit être prescrit **APRÈS** la réalisation de l'échographie du 1T. Il ne doit pas être proposé en présence d'une hyper clarté nucale ≥ 3,5 mm ou d'une autre anomalie échographique (**nous contacter en cas de signes mineurs**). Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire concerné, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

Documents OBLIGATOIRES à transmettre avec le prélèvement :

- La prescription médicale
- Ce bon de demande dûment **renseigné et signé**
- L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, consignée par la patiente et le prescripteur
- Copie du compte-rendu échographique du 1er trimestre (si non réalisée compte-rendu de la première échographie réalisée)
- Pour les analyses NR : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck) disponible auprès des laboratoires Biomnis ou Cerba.
 Prélèvement réalisé le : __ / __ / __ à __ h __ min

Facturation Laboratoire Facturation Patiente Facturation hospitalière
 (si prélèvement CH et accord CPDPN)

Version du 15/09/2020