

Praticiens autorisés : Dr Sophie BASTARD, Dr Guillaume DESCOMBES
Téléphone : 0262 90 53 20 - 0262 90 53 28 - Télécopie : 0262 90 50 54

Fiche de renseignements : dépistage du risque de Trisomie 21 Fœtale (HT21)

Par Analyse des Marqueurs Maternels et Fœtaux

(à remplir lisiblement par le prescripteur et à remettre à la patiente pour le laboratoire agréé)

Prescripteur Spécialité : ☐ MG ☐ GO ☐ Écho ☐ SF

Nom :

Adresse :

Tél./Fax :

Médecin Référent :

Échographiste : N° d'agrément* (cf. bas de page)

Test demandé : ☐ 1^{er} Trimestre (pour LCC entre 45 et 84 mm)

☐ 2^{ème} Trimestre (à partir de 15 SA)

☐ Marqueurs tardifs (entre 18 et 35 SA)

Patiente :

Origine Géographique :

☐ Métisse – Créole – Océan Indien ☐ Afrique Ouest-Caraïbes
☐ Asie ☐ Inde ☐ Europe/Afrique Nord ☐ Afrique Est

Nom d'usage :

Nom de naiss :

Prénoms :

Date de Naissance :

Poids à la Consultation :, kg

Clarté Nucale :, (en mm)

Long. Crânio-Caudale :, (en mm) ☐ INTERGROWTH

En date du : ☐ ROBINSON

Date de Début de Grossesse :

(si LCC non mesurée, précoce (< 45 mm) ou tardive (> 84 mm))

Confirmée par échographie : ☐ oui ☐ non

Grossesse : ☐ Simple ☒ Si gémellaire : DPNI d'emblée

Jumeau évanescent (JE) ☐ oui (perte fœtale à SA) :

nécessité impérative d'attendre 8 semaines entre arrêt

activité cardiaque JE et dépistage T21

☐ non

Tabac ☐ oui ☐ non

Oui si ≥ 1 cigarette/j ou si arrêt ≤ 15 jours

Non pour vapotage

Insuffisance rénale : ☐ oui ☐ non

Si « OUI », DFG = ml/min, dialyse : ☐ oui ☐ non

Diabète insulino-dépendant ☐ oui ☐ non

Grossesse avec PMA :

Si « OUI », joindre systématiquement la fiche de transfert d'embryon

☐ oui ☐ non

☐ IUI ☐ FIV ☐ ICSI

- Date de la ponction d'ovocytes :/...../.....

- Date du transfert d'embryon :/...../.....

- Don ovocyte ☐ oui ☐ non âge de la donneuse : ans

Grossesses Antérieures de la Patiente :

ATCD Fœtus / Enfant avec HT21 : ☐ oui ☐ non

ATCD autre anomalie (préciser) : ☐ oui ☐ non

.....

.....

Laboratoire (cf. consignes au verso) :

Date du Prélèvement :

Nom du Préleveur :

Poids de la patiente au Prélèvement :, kg

Information, Demande et Consentement

(En référence à l'article R. 2131-2 de l'arrêté du 14/12/2018 du CSP)
Je soussigné(e)

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 :

- 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 fœtal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage;

- Si le risque est ≥1/50 la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype fœtal 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

PREC1-EN001-010 - Novembre 2025

***Échographiste : coller ici votre
N° d'Agrément**

Praticiens autorisés : Dr Sophie BASTARD, Dr Guillaume DESCOMBES
Téléphone : 0262 90 53 20 - 0262 90 53 28 - Télécopie : 0262 90 50 54

DÉPISTAGE DU RISQUE DE TRISOMIE 21 Fœtale (HT 21) PAR ANALYSE DES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

Recommandations à suivre par le Prescripteur et le Laboratoire préleveur

Prescripteur (Médecin ou sage-femme)

- Remplir **exhaustivement** la fiche de renseignements cliniques
 - **Dépistage du 1^{er} Trimestre** : pour une LCC entre 45 et 84 mm
 - **Dépistage du 2^{ème} trimestre UNIQUEMENT** si échographie T1 réalisée **trop tardivement**
→ **Prélèvement à réaliser après 15 SA et possible jusqu'à 35 SA**

NB : prélèvement hautement déconseillé entre 14 et 15 SA car perte de fiabilité

- Signer l'attestation bien indiquer votre numéro d'agrément, faire signer le consentement par la patiente et tout remettre à la patiente
- Prescrire sur une ordonnance un dépistage HT21 par les marqueurs sériques maternels.

Laboratoire d'Analyses Médicales

- *Lors du prélèvement*
 - Vérifier la période optimale de prélèvement
 - Vérifier que la patiente a bien signé le paragraphe « Consultation et Consentement » au recto.
 - Noter au recto : le nom du préleveur, la date et le poids de la patiente au moment du prélèvement.
- *Technique de prélèvement*
 - Prélever 5 ml de sang sur **tube sec à gel séparateur**. (à défaut, prélever sur tube sec) :
 - *La patiente n'est pas nécessairement à jeun.*
 - Après 30 minutes d'attente **et au maximum 8h après le prélèvement**, centrifuger le prélèvement entre 2000 et 2500g pendant 10 minutes. Si tube à gel : le congeler tel quel, sans le décanter ni l'ouvrir ; si tube sec sans gel : décanter et congeler.
 - Transmettre le prélèvement congelé au laboratoire de biologie du CHU Félix Guyon soit par l'intermédiaire de la collecte organisée par le CHU, soit par votre équipe de coursiers, dans le respect de l'ADR P650 (ONU 3373). Si le délai d'acheminement est inférieur à 5 jours, le tube peut être transmis à température réfrigérée entre +2 et +8°C.
 - Les informations détaillées sur les délais et températures de conservation et d'acheminement des tubes sont disponibles sur le manuel de prélèvement du CHU de La Réunion :
<http://lbm-chureunion.manuelprelevement.fr>
- *Partie administrative*
 - En raison de contraintes administratives et informatiques, il nous est nécessaire de connaître exactement les **Nom, Prénoms, Date de Naissance, Adresse complète de la Patiente** et si possible son numéro de téléphone. Aussi, à défaut de vérification des informations fournies par la patiente, veuillez nous fournir une photocopie d'un document officiel d'identité.
 - Nous transmettre :
 - Un bon de demande pour la facturation
 - L'ordonnance originale du prescripteur (médecin ou sage-femme) ou une photocopie si la prescription comprend plusieurs examens
 - La feuille de renseignements cliniques remplie par le prescripteur et signée par la patiente et si possible une copie du compte rendu d'échographie.