

Praticiens autorisés : Dr. Sophie BASTARD, Dr Guillaume DESCOMBES
Téléphone : 02 62 90 53 20 - 02 62 90 53 28 - Télécopie : 02 62 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 Echo SF
Nom :
Adresse :
Tél./Fax :
Médecin Référent :
Echographiste : N° d'Agrément* (cf. bas de page) :
Test demandé : 1^{er} Trimestre 2^{ème} Trimestre
 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 Marital :
Jeune Fille :
Prénoms :
Date de Naissance :
Poids à la Consultation :kg
Clarté Nucale (en mm)
Long. Crânio-Caudale (en mm)
En date du :
Score de Herman /9
Date de Début de Grossesse :
(si LCC non mesurée, précoce (< 45 mm) ou tardive (> 84 mm))
Confirmée par échographie : oui non
Date des Dernières Règles :
(Obligatoire si LCC indéterminée et DDG non confirmée)
Grossesse :// Simple
△ Si gémellaire : DPNI d'emblée
Tabac (même pour 1 cigarette) : oui non
Insuffisance rénale : oui non
Si « OUI », DFG = ml/min, dialyse : oui non
Diabète insulino-dépendant oui non
Grossesse avec PMA : oui non
Si « OUI », joindre systématiquement la fiche de transfert d'embryon
Grossesses Antérieures de la Patiente :
ATCD Fœtus / Enfant avec HT21 : oui non
ATCD autre anomalie (préciser) : oui non

Date de Prélèvement à Conseiller à la Patiente :
(L'estimation du risque de Trisomie 21 Fœtale (HT 21) est à effectuer entre **11,0** et **17,6** Semaines d'Aménorrhée) :
Soit entre le et le

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)

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:
– 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 foetal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage;
– Si le risque est ≥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 **Signature de l'intéressée**
ou de la sage-femme (*)

(*) Rayez la mention inutile

* Échographiste : Coller ici votre
N° d'Agrément

Praticiens autorisés : Dr. Sophie BASTARD, Dr Guillaume DESCOMBES
Téléphone : 02 62 90 53 20 - 02 62 90 53 28 - Télécopie : 02 62 90 50 54

**DEPISTAGE 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 (Ju = Jumeau).
 - **Dépistage du 1er Trimestre** : 11.0 sa.j (LCC 45 mm) à 13.6 sa.j (LCC 84 mm) **et** Clarté Nucale est limité aux **Grossesses Simples. Le numéro d'agrément de l'échographiste et le score de Herman sont indispensables au dépistage du premier trimestre ainsi que pour intégrer la Clarté Nucale au risque du deuxième trimestre.**
 - **Dépistage 2^{ème} Trimestre** (grossesse simple) : 15.0 sa.j à 17.6 sa.j (sans Clarté Nucale et LCC) **ou possible jusqu'à 35 SA si la patiente n'a pas eu de dépistage dans les délais**
- Signer l'attestation et faire signer le consentement par la patiente. En donner une copie 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 (de 11 sa 0 j à 17 sa 6 j **ou jusqu'à 35 SA pour les marqueurs tardifs**).
 - 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, 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, au laboratoire de biologie du CHU Félix Guyon, soit par l'intermédiaire de la collecte organisée par le CHU FG, soit par votre équipe de coursiers, dans le respect de l'ADR P650 (ONU 3373).
- *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.
 - Pour une facturation « **patiente** », nous fournir **impérativement** : soit une photocopie de l'attestation de la carte Vitale comportant la date d'ouverture des droits (Caisse primaire :Réunion, SLI, MGEN) (vous pouvez l'éditer en lisant la carte Vitale si elle a été mise à jour sur une borne de la Sécurité Sociale), soit ses numéros de centre et d'assurée sociale.
 - Pour une facturation « **laboratoire** » nous fournir simplement une fiche de transmission d'analyses.

Et dans tous les cas, nous transmettre :

- 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

(PRE-C1-EN-001 Version I – Application le 14/01/2022)

Cachet du Laboratoire Préleveur

--