



Synlab Opale

16, Rue des Quatre-Coins
62100 Calais
Tél. : 03 21 46 78 00
Fax : 03 21 46 78 01

Trisomie 21 Fœtale Estimation du risque

Exemplaire destiné au :
Laboratoire

1er Trimestre combiné
(PAPP-A + βHCG libre + CN)

2ème Trimestre
(AFP + βHCG libre)

Date du prélèvement : entre le : / /
et le : / /

Echographie 1er trimestre :
Date de l'échographie : / /
Date de début de grossesse : / /
Grossesse monofœtale :
(En cas de grossesse gémellaire, examen transmis directement à un laboratoire spécialisé pour réalisation du DPNI)
Clarté Nucale (1) : mm
LCC (1) : mm

Grossesse après A.M.P. : Non Oui
IAC FIV ICSI
Transfert d'embryons : Frais Congelés Nombre
Date ponction : / / Date congélation : / /
Date de transfert : / /
Réduction embryonnaire : Non Oui
Si oui : âge de la donneuse au moment de la réduction : ans
Jumeaux évanescents : Non Oui
Don d'Ovocyte : Non Oui
Si oui : âge de la donneuse au moment de la ponction : ans

N° E.E.P. :

Date prélèvement : / / h.
Préleveur :

EXAMENS DE BIOCHIMIE :
porteur sur les marqueurs sériques maternels
mentionnés au 1er du I de l'article R.2131-1 du Code de la Santé Publique.

Je soussignée,

atteste avoir reçu du Médecin, de la Sage-Femme ou du Conseiller en génétique sous la responsabilité du Médecin généticien :

Nom et Prénom du praticien :

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 d'une 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 reste 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 ;

Signature du praticien :
Date : / /

Patiente :
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : / /
Tél. :
Origine géographique :
 Europe / Afrique du Nord Asie du Sud (Bangladesh, Inde, Pakistan)
 Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée) Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Vietnam)
 Afrique Subsaharienne / Antilles
Poids : Kg
Diabète : Non Oui **Tabac :** Non Oui
Nbre cigarettes :
Insuffisance rénale chronique : Non Oui
Grossesse antérieure :
• avec enfants T21 Non Oui
• avec enfants T18 Non Oui

Cachet du médecin

Étiquette labo

Réception labo le :
 / /

Labo transmetteur :

Cachet du laboratoire :

• Si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulation 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 chorionales 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 biologique 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.

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21. Conformément à la loi "Informatique & Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Signature de la patiente :



Synlab Opale

16, Rue des Quatre-Coins
62100 Calais
Tél. : 03 21 46 78 00
Fax : 03 21 46 78 01

Trisomie 21 Fœtale Estimation du risque

Exemplaire destiné au :
Médecin

1er Trimestre combiné
(PAPP-A + βHCG libre + CN)

2ème Trimestre
(AFP + βHCG libre)

Date du prélèvement : entre le : / /
et le : / /

Echographie 1er trimestre :
Date de l'échographie : / /
Date de début de grossesse : / /
Grossesse monofœtale :
(En cas de grossesse gémellaire, examen transmis directement à un laboratoire spécialisé pour réalisation du DPNI)
Clarté Nucale (1) : mm
LCC (1) : mm

Grossesse après A.M.P. : Non Oui
IAC FIV ICSI
Transfert d'embryons : Frais Congelés Nombre
Date ponction : / / Date congélation : / /
Date de transfert : / /
Réduction embryonnaire : Non Oui
Si oui : âge de la donneuse au moment de la réduction : ans
Jumeaux évanescents : Non Oui
Don d'Ovocyte : Non Oui
Si oui : âge de la donneuse au moment de la ponction : ans

N° E.E.P. :

Date prélèvement : / / h.
Préleveur :

EXAMENS DE BIOCHIMIE :
porteur sur les marqueurs sériques maternels
mentionnés au 1er du I de l'article R.2131-1 du Code de la Santé Publique.

Je soussignée,

atteste avoir reçu du Médecin, de la Sage-Femme ou du Conseiller en génétique sous la responsabilité du Médecin généticien :

Nom et Prénom du praticien :

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 d'une 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 reste 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 ;

Signature du praticien :
Date : / /

Patiente :
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : / /
Tél. :
Origine géographique :
 Europe / Afrique du Nord Asie du Sud (Bangladesh, Inde, Pakistan)
 Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée) Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Vietnam)
 Afrique Subsaharienne / Antilles
Poids : Kg
Diabète : Non Oui **Tabac :** Non Oui
Nbre cigarettes :
Insuffisance rénale chronique : Non Oui
Grossesse antérieure :
• avec enfants T21 Non Oui
• avec enfants T18 Non Oui

Cachet du médecin

Étiquette labo
Réception labo le :

Labo transmetteur :
Cachet du laboratoire :

• Si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulation 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 chorionales 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 biologique 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.

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21. Conformément à la loi "Informatique & Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Nous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Signature de la patiente :



Synlab Opale

16, Rue des Quatre-Coins
62100 Calais
Tél. : 03 21 46 78 00
Fax : 03 21 46 78 01

Trisomie 21 Fœtale Estimation du risque

Exemplaire destiné au :
Patiente

1er Trimestre combiné
(PAPP-A + βHCG libre + CN)

2ème Trimestre
(AFP + βHCG libre)

Date du prélèvement : entre le : / /
et le : / /

Echographie 1er trimestre :
Date de l'échographie : / /
Date de début de grossesse : / /
Grossesse monofœtale :
(En cas de grossesse gémellaire, examen transmis directement à un laboratoire spécialisé pour réalisation du DPNI)
Clarté Nucale (1) : mm
LCC (1) : mm

Grossesse après A.M.P. : Non Oui
IAC FIV ICSI
Transfert d'embryons : Frais Congelés Nombre
Date ponction : / / Date congélation : / /
Date de transfert : / /
Réduction embryonnaire : Non Oui
Si oui : âge de la donneuse au moment de la réduction : ans
Jumeaux évanescents : Non Oui
Don d'Ovocyte : Non Oui
Si oui : âge de la donneuse au moment de la ponction : ans

N° E.E.P. :

Date prélèvement : / / h.
Préleveur :

EXAMENS DE BIOCHIMIE :
porteur sur les marqueurs sériques maternels
mentionnés au 1er du I de l'article R.2131-1 du Code de la Santé Publique.

Je soussignée,

atteste avoir reçu du Médecin, de la Sage-Femme ou du Conseiller en génétique sous la responsabilité du Médecin généticien :

Nom et Prénom du praticien :

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 d'une 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 reste 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 ;

Patiente :
Nom :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : / /
Tél. :
Origine géographique :
 Europe / Afrique du Nord Asie du Sud (Bangladesh, Inde, Pakistan)
 Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée) Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Vietnam)
 Afrique Subsaharienne / Antilles
Poids : Kg
Diabète : Non Oui **Tabac :** Non Oui
Nbre cigarettes :
Insuffisance rénale chronique : Non Oui
Grossesse antérieure :
• avec enfants T21 Non Oui
• avec enfants T18 Non Oui

Cachet du médecin

Étiquette labo

Réception labo le :

Labo transmetteur :

Cachet du laboratoire :

• Si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulation 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 chorionales 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 biologique 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.

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21. Conformément à la loi "Informatique & Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Nous pouvons également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Signature du praticien :
Date :

Signature de la patiente :

Trisomie 21 Foëtale Estimation du risque

- T1 combiné
- T2 MSM seuls



Trisomie 21 Foetale • Estimation du risque

