Agrément ARS N°56 002 503 3
www.biolor.fr

LABORATOIRE DIAGNOSTIC PRENATAL
Autorisation Ministérielle du 6 mai 1996
Dr Laurent LE QUERLER
6 rue Louis Guiguen
56100 LORIENT
Tél. 02 97 84 19 57
Fax 02 97 84 19 65

Etiquette identification

DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRENATALS
AVEC UTILISATION DES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS DE LA TRISOMIE 21

NOM : ..... **Prénom** : .....
Nom de naissance : .....
Date de naissance : I__I__I I__I__I I__I__I
Adresse : .....

N° Sécurité sociale:
I_I I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I_I I_I_I_I I_I_I_I I_I_I

Nom et adresse de la Caisse : .....

Code postal : I_I_I_I_I_I Ville..... tél : I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I

Date de début de grossesse: I__I__I I__I__I I__I__I Origine européenne ☐ autre : .....
déterminé par échographie

Antécédents de T21 : non ☐ oui ☐ Tabagisme : non ☐ oui ☐
De maladie du tube neural : non ☐ oui ☐ Diabète : non ☐ oui ☐
Jumeau évanescent / réduction embryonnaire : non ☐ oui ☐ Si oui : Gestationnel ☐ Insulino-dépendant ☐

Echographie du 1er trimestre réalisée le I__I__I I__I__I I__I__I Terme calculé .....SA .....jours
joindre obligatoirement le compte-rendu échographique
Praticien : ..... N° identifiant : I_I_I I_I_I I_I_I_I I_I_I_I I I I I

LCC doit être comprise entre 45 et 84 mm **ou Code Barre**

Nombre de fœtus : I__I LCC : I__I_I, I_I mm Clarté nucale : I__I, I_I mm

Si gémellaire monochoriale ☐ bichoriale ☐ LCC J_2 : I__I_I, I_I mm Clarté nucale J_2 : I__I, I_I mm

Si don d'ovocyte ☐ âge donneuse I_I_I ans si FIV ou ICSI date de la fécondation I__I__I I__I__I I__I__I

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 trisomie21.Conformément à la loi <<informatique et libertés>> du 6 janvier 1978 modifié 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.

Marqueurs du **1er trimestre** de **11.0 SA à 13.6 SA**
Prélèvement **à distance du repas****
soit entre le _____ et le _____

Marqueurs du **2ème Trimestre** de **14.0 SA à 17.6 SA**
Prélèvement **à distance du repas****
soit entre le _____ et le _____

**** Attention les graisses circulantes interfèrent avec les dosages et peuvent modifier le calcul du risque ; tout sérum lipémique sera refusé**

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE
Article R. 2131-1 du Code de la Santé Publique

Je soussignée .....✍atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme (*) .....
au cours d'une consultation médicale en date du _ _ / _ _ / _ _ _ _ des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;

si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.
Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.
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 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 : I__I__I I__I__I I__I__I
(*) rayer la mention inutile

Signature du médecin ou de la sage-femme

Signature de la patiente

Cachet du médecin prescripteur	Cachet du Laboratoire transmetteur	Renseignements lors du prélèvement
N° Tél N°Fax Email :	joindre les renseignements nécessaires à la facturation de soins électronique	Date du prélèvement : I__I__I I__I__I I__I__I Heure : I__I__I I__I__I Nom du préleveur : **Poids de la patiente : ..... Kg ce jour** Réception le : I__I__I I__I__I I__I__I

DE-A10/001-10

Exemplaire destiné au LBM BIOLOR