

IMPORTANT : CHECK LIST AVANT ENVOI

- Echantillon du patient : **tube Cell-Free DNA BCT (Streck)** (kit disponible sur demande auprès de notre laboratoire)
- Prescription médicale
- Attestation d'information et consentement dûment signés par la patiente ET par le prescripteur
- Copie du compte-rendu échographique du 1^{er} trimestre (si non réalisée compte-rendu de la première échographie réalisée)
- Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation du test

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
Nom.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Cachet obligatoire</div>
Prénom.....	
Nom de naissance.....	
Adresse.....	
.....	
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Taille et poids _ _ _ (cm) _ _ _ (kg)	Signature :
	Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

<p>Grossesse : <input type="checkbox"/> spontanée <input type="checkbox"/> obtenue par procréation médicalement assistée</p> <p>Date de début de grossesse échographique : _ _ / _ _ / _ _ _ _ </p> <p>Jumeau évanescent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Echographie du 1er trimestre:</p> <p><input type="checkbox"/> Non réalisée (précisez motif) :</p> <p>Nombre d'embryons évolutifs :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Longueur crano-caudale : _ _ , _ _ mm Mesure de la clarté nucale : _ , _ mm</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Longueur crano-caudale : _ _ , _ _ mm Mesure de la clarté nucale : _ , _ mm</p> <p>Chorionicité :</p>
---	--

INDICATION : RAPPEL

Ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1^{er} trimestre. IL NE DOIT PAS ETRE PROPOSE en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique (nous contacter en cas de signes mineurs).

- Dépistage primaire (marqueurs sériques maternels non réalisés)
- Dépistage par les marqueurs sériques maternels (**joindre compte-rendu**) : (**cocher chaque ligne**)
 - 1- Stratégie de dépistage : combiné 1er trimestre 2e trimestre (marqueurs sériques « seuls »)
 - 2- Risque : accru (>1/50) : 1/..... intermédiaire (1/51-1/1.000) : 1/..... Faible (<1/1.000) : 1/.....
- Age maternel supérieur ou égal à 38 ans n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques (terme >18 semaines d'aménorrhées)
- Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21 (**joindre compte-rendu**)
- Antécédent de grossesse avec trisomie 13, 18 ou 21 (**joindre compte-rendu**)
- Autre (**nous contacter**) :

PRELEVEMENT SANGUIN

Prélèvement initial contrôle Date de prélèvement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Heure de prélèvement : |_|_| h |_|_|

N° Client : C |_|_|_|_|_| / |_| Cachet du laboratoire préleveur:

Facturation patiente Non Oui (joindre impérativement chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)

Partie réservée au Laboratoire Cerba

Code nature : CFDS (sang total tube Streck)
Code analyse : NIPS

Etiquette dossier CERBA