



LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
<p>N° Client : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Cachet obligatoire</p>	<p><b>2 tubes de 10 mL sang total prélevé lentement sur tube Streck (disponible sur <a href="http://www.lab-cerba.com">www.lab-cerba.com</a>) Le tube doit être retourné doucement au moins 10 fois. L'échantillon doit parvenir au Laboratoire Cerba sous 5 jours maximum et ne doit PAS ETRE CONGELE.</b></p> <p>Date de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Heure de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min</p> <p><b>S'agit-il d'un prélèvement :</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Initial (1<sup>er</sup> prélèvement)      <input type="checkbox"/> de Contrôle (2<sup>nd</sup> prélèvement)         </p>

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
<p>NOM .....</p> <p>PRÉNOM .....</p> <p>Nom de naissance .....</p> <p>Adresse .....</p> <p>CP ..... Ville .....</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Taille et poids : <input type="text"/> <input type="text"/> (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> (kg)</p>	<p>NOM PRÉNOM .....</p> <p>Adresse e-mail .....</p> <p style="text-align: center;">Cachet obligatoire</p> <p><b>Signature :</b></p>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET RÉSULTATS ÉCHOGRAPHIQUES	
<p><b>Grossesse :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Spontanée</p> <p><input type="checkbox"/> Obtenue par procréation médicalement assistée</p> <p><b>Date de début de grossesse échographique :</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Jumeau évanescent :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Anomalie échographique :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>Echographie du 1er trimestre :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Non réalisée (précisez motif) : .....</p> <p><b>Nombre d'embryons évolutifs :</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1    Longueur crano-caudale <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <p style="margin-left: 20px;">Mesure de la clarté nucale <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <p><input type="checkbox"/> 2    Longueur crano-caudale <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <p style="margin-left: 20px;">Mesure de la clarté nucale <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <p><b>Chorionicité :</b> .....</p>

INDICATION	TEST DEMANDÉ
<p><b>RAPPEL</b> Ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre. IL NE DOIT PAS ETRE PROPOSE en présence d'une hyperclarté nucale <math>\geq 3.5mm</math> ou d'une autre anomalie échographique (nous contacter en cas de signes mineurs).</p>	

<p><b>Risque accru de trisomie 21 ou grossesse multiple :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse avec trisomie 21</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Libre et homogène</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Autre Joindre impérativement le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000 :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Combiné 1erTrimestre    <input type="checkbox"/> 2<sup>ème</sup> trimestre    Risque 1/.....</p> <p><b>Autres indications (HN*) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21 Joindre impérativement le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage primaire chez une femme n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Combiné 1erTrimestre    <input type="checkbox"/> 2<sup>ème</sup> trimestre    Risque 1/.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>DÉPISTAGE DES TRISOMIES 13, 18 ET 21</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>DÉPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES ATYPIQUES</b> Ce test dépiste les délétions/duplications des autosomes <math>\geq 7Mb</math> et les trisomies 2, 8, 9, 12, 14, 15, 16 et 22. Il n'est proposé qu'en association avec le dépistage des trisomies 13, 18 et 21.</p>
---	---

FACTURATION	
<p><input type="checkbox"/> Prise en charge à la NABM    <i>prélèvement initial : B1344</i> <i>2<sup>nd</sup> prélèvement : B1345</i></p>	<p><input type="checkbox"/> HN*: 370€ (joindre impérativement un chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)</p>

<p><i>Partie réservée au Laboratoire Cerba :</i>    <b>Code nature : CFDS (sang total tube Streck)</b> <b>Code analyse : NIPS</b></p>	<p>Etiquette dossier Cerba</p>
---	--------------------------------