

**DIAGNOSTIC PRENATAL GENETIQUE,
INFECTIEUX ET BIOCHIMIQUE**
Renseignements cliniques

Service Relation Client :
Tél : +33 1 34 40 20 20
Fax : + 33 1 34 40 21 29
e-mail : src@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

Laboratoire autorisé pour pratiquer en vue du diagnostic prénatal les examens de cytogénétique y compris de cytogénétique moléculaire, de génétique moléculaire, de biochimie foetale y compris les marqueurs sériques maternels et les examens en vue du diagnostic des maladies infectieuses.

| MADAME | |
|--------------------------|---------------|
| Nom..... | Adresse |
| Prénom | |
| Nom de Jeune fille | Tél. |
| Date de naissance | |

| MONSIEUR | | |
|-----------|--------------|-------------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |

| MEDECIN PRELEVEUR | MEDECIN TRAITANT |
|-------------------|-------------------|
| Nom | Nom |
| Prénom | Prénom..... |
| Adresse..... | Adresse..... |
| | |
| Tél. | Tel : |
| Fax | Fax : |
| | N° FINESS : |
| | SIGNATURE : |

| GROSSESSE ACTUELLE | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> DDR : | <input type="checkbox"/> DDG : | <input type="checkbox"/> Grossesse mono-foetale | <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire |
| <input type="checkbox"/> Echographie du 1 ^{er} trimestre | <input type="checkbox"/> date : | <input type="checkbox"/> LCC : | <input type="checkbox"/> Clarté nucale : |

| ANTECEDENTS OBSTETRICIAUX DE LA PATIENTE | ANTECEDENTS DU COUPLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|---|-------|-------|--|-------|-------|---|--|----------------------|----------------------|---|-------|-------|---|-------|-------|---|--|--|---|--|--|
| <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre :</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><i>Même partenaire</i></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><i>Partenaire différent</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grossesses normales</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FCS :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IVG :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfants anormaux :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stérilité (durée) :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> | Nombre : | <i>Même partenaire</i> | <i>Partenaire différent</i> | <input type="checkbox"/> Grossesses normales | | | <input type="checkbox"/> FCS : | | | <input type="checkbox"/> IVG : | | | <input type="checkbox"/> Enfants anormaux : | | | <input type="checkbox"/> Stérilité (durée) : | | | <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><i>Côté maternel</i></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><i>Côté paternel</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfant anormal (description) :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maladie génétique (laquelle) :</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ?</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui / si oui, Combien ?</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | <i>Côté maternel</i> | <i>Côté paternel</i> | <input type="checkbox"/> Enfant anormal (description) : | | | <input type="checkbox"/> Maladie génétique (laquelle) : | | | <input type="checkbox"/> Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ? | | | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui / si oui, Combien ? | | |
| Nombre : | <i>Même partenaire</i> | <i>Partenaire différent</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Grossesses normales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> FCS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> IVG : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfants anormaux : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Stérilité (durée) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <i>Côté maternel</i> | <i>Côté paternel</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfant anormal (description) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétique (laquelle) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui / si oui, Combien ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NATURE DU PRELEVEMENT | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Liquide amniotique | <input type="checkbox"/> Sang foetal | <input type="checkbox"/> Villosités chorales* | <input type="checkbox"/> Produit de fausse-couche |
| <input type="checkbox"/> Date de prélèvement : <input type="checkbox"/> Terme : | SA | | |
| S'agit-il d'une 2 ^{ème} ponction <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date de 1 ^{ère} ponction <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre de fœtus prélevés : <input type="checkbox"/> 1 : volumeml /mg; aspect :..... | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 : Identifiant foetus n°1= J1 : volumeml/mg aspect :..... | | | |
| : Identifiant foetus n°2= J2 : volumeml/mg aspect :..... | | | |
| <i>*Il est impératif que le prélèvement soit réalisé le jour de l'expédition dans un milieu de transport disponible sur simple demande.</i> | | | |

DIAGNOSTIC PRENATAL GENETIQUE, INFECTIEUX ET BIOCHIMIQUE

Prescription

CYTOGENETIQUE, CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE ET GENETIQUE MOLECULAIRE

INDICATION

- Dépistage par ADNlc positif⁶
 - (4A) Trisomie 21 (4B) Trisomie 18
 - (4C) Trisomie 13 (AD) Autres :
- (4E) Dépistage par ADNlc non exploitable sur un 2^{ème} prélèvement⁶
- (2A) Anomalie chromosomique parentale²
- (5A) Signes d'appels échographiques¹ (hors CN \geq 3.5mm)
- (5B) Clarté nucale \geq 3.5mm¹
- Marqueurs sériques maternels³
 - (1B) MSM 1erT (1D) MSM 2èmeT seuls
 - Résultat : 1/
- (3A) Antécédent pour le couple de grossesse avec caryotype anormal²
- (6A) Age maternel \geq à 38 ans lorsque le dépistage de la trisomie 21 n'a pas pu être réalisé
- (8A) Convenance
- (7C) Prélèvement pour recherche de maladie infectieuse
- (7D) Prélèvement pour recherche de maladie génique
- (3A) Exploration d'une anomalie chromosomique fœtale déjà connue
- (7B) Autres (*préciser*) :

PRESCRIPTION

- Caryotype fœtal
- Analyse chromosomique par puce à ADN (ACPA) (hors nomenclature)
- Culture de sauvegarde pour extraction et conservation d'ADN
- Recherche de syndrome micro-délétionnel : o Wolf-Hirschhorn (4p-) o Di-George (22q11) o autre.....
- Diagnostic rapide d'aneuploïdie (FISH) sur indication signe d'appel échographique ou sur test ADNlc positif ou non exploitable⁷
- Etude (pan-télomères) par technique MLPA (hors nomenclature)
- Diagnostic rapide des trisomies 13,18 et 21 par PCR sur indication autre que signe d'appel échographique (hors nomenclature)
- Recherche de disomie uniparentale⁴ du chromosome (*préciser*) :
- Détermination de zygote
- Achondroplasie⁴ Hypochondroplasie⁴ Syndrome d'Apert⁴ Dysplasie thanatophore⁴
- Amyotrophie spinale⁴ Syndrome de Prader-Willi⁴ Dystrophie myotonique et Steinert^{4*}
- Drépanocytose⁴ Bêta-thalassémie⁴
- Hémophilie A⁴⁺⁵ Hémophilie B⁴⁺⁵
- Génotypage Rhésus D Génotypage Kell
- Mucoviscidose⁴
- Syndrome X Fragile^{4*} Syndrome de Rett⁴
- Autre :

DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES

PRESCRIPTION

- Cytomégalovirus (CMV) par PCR
- Toxoplasma gondii* par PCR
- Parvovirus B19 par PCR
- Varicelle-zona (VZV) par PCR
- Entérovirus par RT-PCR
- Herpès virus 1 et 2 (HSV) par PCR
- Rubéole par RT-PCR* (congélation obligatoire)
- Autre (*préciser*) :

INDICATION

- Signe d'appel échographique¹
 - Hypotrophie/retard de croissance isolée
 - Dilatation ventriculaire cérébrale
 - Intestin hyperéchogène
 - Hydramnios
 - Anasarque
 - Mort fœtale *in utero*
 - Autre (*préciser*) :
- Séroconversion maternelle⁶
 - o 1^{er} trimestre o 2^{ème} trimestre o 3^{ème} trimestre o non datée
- Varicelle clinique maternelle
- Autre (*préciser*) :

BIOCHIMIE FŒTALE (liquide amniotique)

PRESCRIPTION

- Alpha-foetoprotéine
- Acétylcholinestérase
- Enzymes digestives*
- Autre (*préciser*) :

INDICATION

- AFP maternelle sérique \geq 2.5 MoM
- Signes échographiques évoquant un NTD¹
- Autres signes échographiques¹
- Antécédent de défaut de fermeture du tube neural
- Traitement maternel (notamment Dépakine[®])
- Dosage systématique
- Antécédent de syndrome néphrotique

* examen transmis

Pièces à joindre :

¹ le compte-rendu échographique,

² le résultat cytogénétique,

³ le compte-rendu du calcul de risque de T21 fœtale,

⁴ le sang des parents,

⁵ l'enquête moléculaire cas index,

⁶ les résultats sérologiques,

⁶ le compte-rendu du test d'ADNlc

Attestation / Consentement : **Si NON, le réclamer**