

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
Nom.....	Nom :
Prénom.....	Adresse :
Nom de naissance.....	Signature :
Adresse.....	Adresse e-mail :
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Téléphone :
Taille et poids _ _ _ (cm) _ _ _ (kg)	

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

DEPISTAGE DES TRISOMIES 13, 18 ET 21

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).

>>> PRELEVEMENT : Initial (1er prélèvement) Contrôle (2ème prélèvement)

Risque accru de trisomie 21 ou grossesse multiple :

- Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21
- Antécédent de grossesse avec trisomie 21
- Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple
- Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000
Stratégie de dépistage : combiné 1erTrimestre 2^{ème} trimestre
Risque 1/.....

Autres indications (HN*) :

- Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13
- Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21
- Dépistage primaire chez une femme de plus de 38 ans et n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques
- Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 (Stratégie : 1erT 2^{ème} T Risque : 1/.....)
- Autres :

DEPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES ATYPIQUES (HN*)

Ce test dépiste les délétions/duplications des autosomes ≥7Mb et les trisomies 8, 9, 12, 14, 15, 16 et 22. Il n'est proposé qu'en association avec le dépistage des trisomies 13, 18 et 21.

OUI NON

PRELEVEMENT SANGUIN

Date de prélèvement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Heure de prélèvement : |_|_| h |_|_|

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

Facturation : Trisomies 13, 18, 21 Prise en charge à la NABM B1344 HN*: 370€ (joindre impérativement chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)
Anomalies chromosomiques atypiques HN* : 80€ (joindre impérativement chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)

Partie réservée au Laboratoire Cerba

Code nature : CFDS (sang total tube Streck) Code analyse : NIPS	<i>Etiquette dossier CERBA</i>
--	--------------------------------