



DIAGNOSTIC PRENATAL

Renseignements cliniques

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29
e-mail : smedical@pasteur-cerba.com

PASTEUR CERBA
Laboratoire

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

N° COR	Laboratoire : Adresse :	Tel :	Fax :
---------------	--	--------------	--------------

MADAME

Nom.....	Adresse
Prénom
Nom de Jeune fille	Tél.
Date de naissance	

MONSIEUR

Nom.....	Prénom.....	Date de naissance.....
----------	-------------	------------------------

GROSSESSE ACTUELLE

DDR :
 DDG :
 Grossesse mono-fœtale
 Grossesse gémellaire
 Echographie du 1^{er} trimestre ● date :
 ● LCC :mm
 ● Clarté nucale :mm

NATURE DU PRELEVEMENT

Liquide amniotique
 Sang fœtal
 Villosités choriales
 Produit de fausse-couche
 Nombre de fœtus prélevés :
 1 : volumeml ; aspect :
 2 : volumeml ; aspect :
 Date de prélèvement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (2^{ème} prélèvement) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Terme :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX DE LA PATIENTE

Nombre :	Même partenaire	Partenaire différent
<input type="checkbox"/> Grossesses normales
<input type="checkbox"/> FCS :
<input type="checkbox"/> IVG :
<input type="checkbox"/> Enfants anormaux :
<input type="checkbox"/> Stérilité (durée) :

ANTECEDENTS DU COUPLE

	Côté maternel	Côté paternel
<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 ?		

ARBRE GENEALOGIQUE / REMARQUES

Consanguinité : oui non

CYTOGENETIQUE

Dr Anne Bazin
Dr Pascale Kleinfinger
Dr Martine Montagnon
Dr Marc Nouchy

GENETIQUE MOLECULAIRE

Dr Anne Bazin
Jean-Marc Costa

DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES

Jean-Marc Costa
Monique Debruyne
Dr Jean-Dominique Poveda

BIOCHIMIE FŒTALE y compris marqueurs sériques maternels

Corinne Barthet
Sylvie Cado
Jean-Marc Costa
Isabelle Cuvelier
Isabelle Lacroix

DIAGNOSTIC PRENATAL

Prescription

■ Secrétariat :
 Tél : 01 34 40 20 20
 Fax : 01 34 40 21 29
 e-mail : smedical@pasteur-cerba.com

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

CYTOGENETIQUE ET CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE	
<input type="checkbox"/> Caryotype fœtal	<p>INDICATION</p> <input type="checkbox"/> (1) Age maternel (≥ 38 ans à la date du prélèvement) <input type="checkbox"/> (6) Signe d'appel biologique ³ <input type="checkbox"/> (5A) Clarté nucale augmentée (avant 13SA+6j) ¹ <input type="checkbox"/> (5B) Signe d'appel échographique (autre que clarté nucale) ¹ <input type="checkbox"/> (3) ATCD pour le couple de grossesse avec caryotype anormal ² <input type="checkbox"/> (2) Anomalie chromosomique parentale ² <input type="checkbox"/> (7) Autres (dont diagnostic de sexe) <input type="checkbox"/> (8) Hors convention (<i>préciser</i>) :
<input type="checkbox"/> Recherche de syndrome microdélétionnel (<i>préciser</i>) ¹ : <input type="checkbox"/> Diagnostic rapide d'anéuploïdie (FISH) sur signe d'appel échographique ¹	

GENETIQUE MOLECULAIRE	
<input type="checkbox"/> Diagnostic rapide des trisomies 13, 18 et 21 par PCR <input type="checkbox"/> Détermination de zygote <input type="checkbox"/> Recherche de disomie uniparentale ⁴ du chromosome <input type="checkbox"/> Génotypage rhésus D <input type="checkbox"/> Achondroplasie ⁴ <input type="checkbox"/> Hypochondroplasie ⁴ <input type="checkbox"/> Syndrome d'Apert ⁴ <input type="checkbox"/> Mucoviscidose ⁴ <input type="checkbox"/> Drépanocytose ⁴ <input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale ⁴ <input type="checkbox"/> Autre :	<p>INDICATION</p> <input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique ¹ <input type="checkbox"/> Couple à risque ⁵

DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES	
<input type="checkbox"/> Cytomégalovirus (CMV) par PCR <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> par PCR <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 par PCR <input type="checkbox"/> Varicelle-zona (VZV) par PCR <input type="checkbox"/> Entérovirus par RT-PCR <input type="checkbox"/> Herpès virus 1 et 2 (HSV) par PCR <input type="checkbox"/> Rubéole par RT-PCR* <input type="checkbox"/> Autre :	<p>INDICATION</p> <input type="checkbox"/> Infection maternelle ⁶ <input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique ¹

BIOCHIMIE FŒTALE (autres que marqueurs sériques maternels)	
<input type="checkbox"/> Alpha-foetoprotéine <input type="checkbox"/> Acétylcholinestérase <input type="checkbox"/> Enzymes digestives <input type="checkbox"/> Autre :	<p>INDICATION</p> <input type="checkbox"/> AFP maternelle sérique ≥ 2.5 MoM <input type="checkbox"/> Signes échographiques évoquant un défaut de fermeture du tube neural ¹ <input type="checkbox"/> Autres signes échographiques ¹ <input type="checkbox"/> Antécédent de défaut de fermeture du tube neural <input type="checkbox"/> Traitement maternel (notamment Dépakine®) <input type="checkbox"/> Dosage systématique <input type="checkbox"/> Antécédent de syndrome néphrotique

*** examen transmis**

Pièces à joindre :

- ¹ le compte-rendu échographique,
- ² le résultat cytogénétique,
- ³ le résultat biologique,
- ⁴ le sang des parents,
- ⁵ l'enquête moléculaire cas index,
- ⁶ les résultats sérologiques.

Attestation / Consentement
Si NON le RECLAMER