

PRESCRIPTION MEDICALE POUR LES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS

DOCUMENT A CONFIER A LA PATIENTE POUR ETRE TRANSMIS AU LABORATOIRE REFERENT (CHPF TAA'ONE)

ECHOGRAPHISTE

PRESCRIPTEUR

N° réseau : _____
(zone obligatoirement renseignée)

Cachet obligatoire

Cachet obligatoire

Date de début de grossesse : _____

Nombre de fœtus : _____ Poids de la patiente (Kgs): _____

Fumeuse : non oui Diabète: non oui

Antécédent au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :

Trisomie 21 : non oui

Trisomie 18 : non oui

Trisomie 13 : non oui

Origine géographique : Océanie Europe et Afrique du Nord

Afrique Subsaharienne-Antilles Asie de l'Est Asie du Sud-Est

Autres

Date de naissance : _____

Date échographie : _____

Longueur crano-caudale : _____ mm

Clarté nucale : _____ mm

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE

Dépistage combiné 1^{er} trim.

Grossesse monofoetale **UNIQUEMENT** :
Renseignements éch. joints + n°réseau
Prélèvement entre 11,0 et 13,6 SA
(soit LCC entre 45 et 84 mm)

Jusqu'au _____

Dépistage séquentiel intégré 2^{ème} trim.

Grossesse monofoetale **UNIQUEMENT** :
Renseignements éch. joints + n°réseau
Prélèvement entre 14,0 et 17,6 SA

Soit ENTRE le _____
et le _____

Marqueurs sériques maternels 2^{ème} trim.

Prélèvement entre 14,0 et 17,6 SA

Soit ENTRE le _____
et le _____

PATIENTE-COORDONNEES-INFORMATION-CONSENTEMENT

Nom _____

Prénom _____

Boîte postale _____ Commune _____

Ile _____

Je soussignée.....

Atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme (nom-prénom).....

au cours d'une consultation médicale en date du.....

des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- Cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- Une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- Un calcul de risque de trisomie 21 est effectué ; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- Le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en établir le diagnostic ;
- Le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal ;
- Si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
- Si le risque est élevé, un prélèvement (liquide amniotique, villosités choriales) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte-rendu de l'examen.

Date : _____

Signature du médecin ou de la sage-femme :

Signature de l'intéressée :

Date du prélèvement : _____