

DEMANDE DE DEPISTAGE SANGUIN DE RISQUE ACCRU DE TRISOMIE 21 FŒTALE ET DE NON FERMETURE DU TUBE NEURAL

A faire entre 14,0 et 17,6 semaines d'aménorrhée soit entre le :...../...../..... et le:/...../.....

<p>MEDECIN Prescripteur Nom:..... Tel N° d'identification:..... Adresse:..... CACHET</p>	<p>ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR Je certifie avoir informé la patiente de l'intérêt du test sérique pour l'évaluation du risque de trisomie 21 fœtale et de non fermeture du tube neural, de ses limites et de ses implications en cas de risque élevé. Le..... Signature</p>
--	--

<p>PATIENTE Nom :..... Prénom : Née le:/...../..... Adresse :..... Code postal :..... Ville :Tél.: N° Sécurité Sociale :Nom & adresse de la caisse :(Joindre une photocopie de la carte d'assurée sociale)</p>
--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (de leurs précisions dépend la précision du résultat)	
Date des dernières règles :/...../..... Date de début de grossesse:/...../..... Épaisseur de la clarté nucale :.....mm àSA. L.C.C. :mm. (Joindre, si possible, une photocopie du compte-rendu de l'échographie du 1 ^{er} trimestre)	Nombre de fœtus :..... Poids de la patiente :.....kg au moment du prélèvement Nb cigarettes/jour : Antécédent de non fermeture du tube neural : oui non

CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE au dépistage du risque de trisomie 21 par analyse biochimique des marqueurs sériques dans le sang maternel.	
Après consultation médicale prévue à l'article R.162-16-7 du code de la santé publique, je soussignée,..... déclare avoir reçu les informations suivantes :	
<ul style="list-style-type: none"> Le prélèvement sanguin qui m'est proposé doit donner lieu au dosage d'au moins deux marqueurs. Ce dosage sera effectué dans un laboratoire autorisé à effectuer ce type d'analyses par le ministre chargé de la santé. Cet examen a pour but d'évaluer le risque pour l'enfant à naître d'être atteint de trisomie 21 (mongolisme). Il ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de trisomie 21. Le résultat de l'examen exprimé en taux de risque, me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit. Si le risque est considéré comme élevé (par exemple 1/100, 1/50...), il me sera proposé un prélèvement de liquide amniotique (amniocentèse) pour établir une analyse chromosomique du fœtus (caryotype). Si le risque est considéré comme faible (par exemple 1/300, 1/500...), il n'exclut jamais la possibilité d'une trisomie 21 à la naissance. En l'état actuel, la sensibilité du test ne permet pas de déceler plus de 60 % des trisomies 21 	
(1) Je consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage de ces marqueurs . (2) Je n'y consens pas, dûment informée de l'intérêt et des limites du dosage de ces marqueurs. (rayer la mention inutile)	
Date.....	Signature

Date du PRELEVEMENT obligatoire:/...../.....

Cachet du laboratoire transmetteur :	FACTURATION Laboratoire transmetteur : <input type="checkbox"/> Patiente: <input type="checkbox"/> (joindre photocopie carte assurée sociale)
---	---