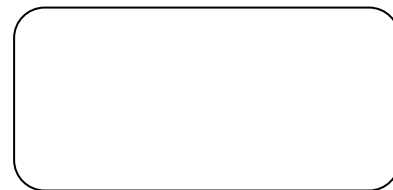


## FICHE DE CARYOTYPE PRÉNATAL



MÉDECIN PRESCRIPTEUR .....

Adresse..... Tél..... Fax .....

Y a-t-il d'autres médecins à informer du résultat ?  Oui  Non

Lesquels (+ adresses).....

### IDENTITÉ DE LA PATIENTE

Nom..... Nom de jeune fille .....

Prénom..... Date de naissance .....

Adresse.....

Tél..... Profession .....

Numéro de Sécurité Sociale..... /..... Nom et adresse de la caisse .....

..... (ou photocopie de la carte de Sécurité Sociale)

### GROSSESSE ACTUELLE

Dates : DR : ..... DG : ..... Échographie 11-13SA  Oui  Non

Épaisseur nuque : .....mm

### PRÉLÈVEMENT

Opérateur..... Lieu .....

Date ..... Terme .....

Liquide amniotique : Quantité .....  Clair  Brun  Hémorragique

Autre type de prélèvement .....

### INDICATION

Age maternel  $\geq 38$  ans le jour de la ponction

Anomalie chromosomique portée par l'un des deux parents  Père  Mère Formule.....

Signe d'appel échographique (JOINDRE COMPTE-RENDU)  RCIU  $\geq 2$ DS  Hydramnios ou Oligoamnios

Nuque épaisse  Malformation(s)  Petits signes évoquant une trisomie 21

Couple ayant déjà eu un enfant porteur d'une anomalie chromosomique Formule.....

Signe d'appel biologique (test sérique T21) (JOINDRE COMPTE-RENDU) Risque .....

Convenance personnelle (âge maternel  $< 38$  ans)  Autre antécédent familial. Détailler .....

### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉS (à faire figurer sur l'ordonnance)

\* Hybridation interphasique (Fish rapide) oui  non

\* Hybridation pour recherche d'un syndrome microdélétionnel à préciser : .....

\* Dosage  $\alpha$ FP demandé  Oui  Non AChé  Oui  Non Enz. Dig.  Oui  Non

\* Prélèvement effectué pour un recherche autre que chromosomique (TOXO, CMV, PARVO...) : à préciser.....

### CONJOINT

NOM..... Prénom..... Date de naissance.....

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DE LA PATIENTE		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DU COUPLE	
Nombre :	Même partenaire Partenaire différent	Côté maternel	Côté paternel
<input type="checkbox"/>	Grossesses normales : .....	<input type="checkbox"/>	Stérilité : .....
<input type="checkbox"/>	FCS : .....	<input type="checkbox"/>	Handicap mental : .....
<input type="checkbox"/>	Pathologie chez un enfant : .....	<input type="checkbox"/>	Maladie génétique (laquelle) : .....
		<input type="checkbox"/>	Autre : .....
<input type="checkbox"/> Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / si oui, combien ? .....			

RAPPEL : Une demande d'entente préalable signée par le prescripteur doit être jointe à cette fiche pour toute indication conventionnée.