



DEPISTAGE PRENATAL DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE PAR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

Docteur Laurence GOT, Docteur Thomas FRANCIA- UF de Biochimie

Tél : 02 38 22 97 57 ou 02 38 22 96 64 (biologistes) – 02 38 22 98 64 (technique) Fax : 02 38 51 46 28

PRISE DE SANG :

Vous pouvez être prélevée dans le laboratoire de votre choix,
ou aux Centres de Prélèvements du CHR d'Orléans : 02 38 22 96 62

PRESCRIPTEUR (Cachet) Nom, Adresse, ☎, Fax

ECHOGRAPHE : (Cachet) Nom, Adresse, ☎, Fax

Numéro de réseau :

PATIENTE : Nom de Naissance Nom usuel

Prénom : Date de naissance :

Adresse : Tél.

Prélèvement à réaliser

entre le et le (1^{er} trimestre : 11sa + 0 j à 13sa + 6j)

entre le et le (2^{ème} trimestre : 14 sa + 0 j à 17sa + 6j)

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DE RISQUE DE TRISOMIE 21 (Joindre la copie du compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre)

Echographie (11 sa + 0j à 13 sa +6j) : Non Oui Date :/...../.....

Date de début de grossesse (datation échographique) :/...../..... à défaut date des dernières règles :/...../.....

Nombre de fœtus : Clarté nucale :mm LCC :mm

Si grossesse gémellaire : monochoriale bichoriale Clarté nucale (J2) :mm LCC (J2) :mm

FIV : Date ponction :/...../..... Don d'ovocyte : Age donneuse : TEC : Date congélation :

Poids actuel de la patiente :kg Fumeuse : Non ou arrêt tabac > 15 jours Oui Insuff. Rénale : Oui

Diabète : Non Oui Antécédent personnel de Trisomie 21 libre : Non Oui

Origine géographique : Europe/Afrique du Nord Afrique Subsaharienne/Antilles Asie Autres/Métisse

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (articles L. 2131-1 et R.2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée

Atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien au cours d'une consultation médicale en date du/...../..... des informations sur l'examen

des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :

- les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise en charge des personnes porteuses de trisomie 21; le fait que cet examen permette d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- les modalités de cet examen :
 - 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 utilisables ;
 - le résultat de cet examen est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être porteur de la trisomie 21. 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 < 1/1000, il est considéré comme suffisamment faible pour arrêter cette procédure de dépistage et poursuivre une surveillance simple de la grossesse même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
- Si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
- Si le risque est ≥ 1/50, la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.

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 autorisé par l'agence régionale de santé 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.

Le

Signature de l'intéressée :

Signature du médecin ou sage femme :

Date et heure du prélèvement, par :

Date et heure de réception, par :

Heure de congélation :

Tube(s) mair(s)

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS