



EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FOETALE

1er Trim Prélèvement entre 11 + 0j et 13 + 6j S.A.

Avant le : / /

2ème Trim Prélèvement entre 14 + 0j et 17 + 6j S.A.

Soit entre le : / / et le : / /

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM (patiente) :

PRENOM :

DATE de NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

Tel :/...../...../...../.....

MEDECIN CORRESPONDANT (ou sage – femme) :

Adresser résultats : oui non

Poids de la patiente (actuel) :

Tabac (pendant la grossesse) : Non Oui

Diabète (insulino-dépendant) : Non Oui

Diabète gestationnel : Non Oui Insuffisance rénale : Non Oui

Origine géographique : Europe / Afrique du nord :

Autre (préciser) :

ECHOGRAPHIE

Date de début de grossesse (écho) :/...../.....

Date de l'échographie du 1er Trim. :/...../.....

LCC :,... mm (45-84) Clarté nucale:,... mm

Nom échographiste (si différent du prescripteur) :

coller le code barre ici

ou recopier les 13 chiffres du n° d'échographiste
n°RÉSEAU (CPDPN)
obligatoire pour le dépistage combiné du premier
trimestre
et le dépistage séquentiel intégré (DSI) au second
trimestre.

FIV ICSI (préciser date de la fécondation :))

DON D'OVOCYTE (préciser âge de la donneuse :ans)

Autres renseignements sur grossesse en cours :

ATCD de non fermeture du tube neural Réduction embryonnaire Jumeau évanescent (préférer ADNic)

Attestation d'information et consentement à la réalisation de ces analyses

(Conformément à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique et l'arrêté du 14/12/2018-modifiant l'arrêté du 23/06/2009)

Je soussignée Mme atteste avoir été informée par :

**- Atteste avoir reçu par : (cf. ci-contre) ----->
au cours d'une consultation médicale :**

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 (ADNlc) dans le sang maternel me sera proposé pour compléter le dépistage ;
- si le risque est > ou = 1/50, la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostique me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit « invasif » (de liquide amniotique, de villosités chorionales ou de sang fœtal).

- Consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels (MSM).

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'ARS 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/...../ 20.....

Signature de la patiente :

Signature du praticien :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Dr

Attestation de refus

(Conformément à l'article R 2131-2 /III du code de la santé publique et l'arrêté du 14/01/2014 -ANNEXE I)

Je soussignée Mme atteste avoir été informée par : **(cf ci-dessus)**, au cours d'une consultation médicale :

1° De la possibilité de recourir à des examens permettant d'évaluer le risque que le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse (*)

2° De la possibilité de recourir à des examens à visée de diagnostic (*)

(*) rayer la mention inutile

Je ne souhaite pas recevoir d'informations portant sur ces examens que je ne souhaite pas effectuer. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical et une copie de ce document m'est remise.

Le/...../ 20.....

Signature de la patiente :

Signature du praticien :

LABORATOIRE
(tampon)

Date du prélèvement :/...../ 20.....

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

FEUILLET MEDECIN ✍

FEUILLET PATIENTE ✍

FEUILLET LABO. CAM ✍