



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE EYLAU-UNILABS

SELAS Eylau-Unilabs – RCS Paris B 784652026

www.laboratoire-eylau.fr

trisomie21.eylau@unilabs.fr

Les secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 17 h

Eylau – Saint Didier

753794312 – Agréé AMP – Marqueurs Foetaux

55, rue Saint Didier – 75116 Paris

Tél : 01 53 70 64 59 – Fax : 01 53 70 64 93

Dr Martine COHEN-BACRIE

Dr Valérie KOUBI

Dépistage du Risque de Trisomie 21 Fœtale

ECHOGRAPHISTE

PRESCRIPTEUR

N° d'identification
N° Réseau

Dépistage combiné au 1^{er} Trim.

Grossesse monofœtale **uniquement** :

- Joindre échographie + N° Réseau

- Prélèvement entre **11S+0j à 13S+6j**

Soit entre le

Et le

Dépistage séquentiel intégré au 2^{ème}

Trim. Grossesse monofœtale **uniquement** :

- Joindre échographie + N° Réseau

- Prélèvement entre **14S+0j à 17S+6j**

Soit entre le

Et le

Marqueurs sériques seuls au 2^{ème}
Trim.

- Prélèvement entre **14S+0j à 17S+6j**

Soit entre le

Et le

Date de prélèvement :

Nom :

Prénom :

Née le :

Date de l'échographie :

Longueur crano-caudale : mm

Mesure de la clarté nucale : mm

Date de début de grossesse :

Grossesse monofœtale : Oui Non

Grossesse gémellaire Oui Non

Si oui : Monochoriale Bichoriale

Poids de la patiente : (le jour du prélèvement) kg

Antécédent de trisomie 21 : Oui Non

Antécédent de trisomie 18 ou 13 : Oui Non

Antécédent de non fermeture du tube neural : Oui Non

Fumeuse Oui Non

Origine géographique : Europe/Afrique du Nord Asie

Afrique subsaharienne/Antilles Autres

Données AMP : (IIU, FIV, ICSI)

Date de la fécondation ou ponction

TEC : âge de la patiente le jour de la ponction ans

Don d'ovocyte Oui Non

- Age de la donneuse ans

Réduction embryonnaire : Oui Non

Jumeau évanescent :

Consentement pour les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique (Arrêté du 14 décembre 2018).

Je soussignée.....
atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (*) (nom, prénom)

.....
au cours d'une consultation 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 chorionales 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.

Date:

Signature du médecin
ou de la sage-femme

Signature de l'intéressée