



**IDENTIFICATION DE LA PATIENTE**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom : ..... DDN : .....  
Adresse : ..... Commune/Ville : .....  
Code postal : ..... Tél/Port : .....

**CONSENTEMENT DE LA PATIENTE AU DEPISTAGE**

Je soussignée (nom, prénom) .....  
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 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 (ADNlcT21) 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 choriales ou de sang fœtal). Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Un examen de dépistage ADNlcT21 pourra cependant être réalisé selon le choix éclairé de la femme enceinte.

**Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.**

Date : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du prescripteur :

Signature de l'intéressée :

*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.*

**PRESCRIPTEUR**

(Cachet ou nom, prénom, adresse, n° ADELI OU RPPS)

**ECHOGRAPHISTE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'identification du réseau de Périnatalité

(Cachet)

**Renseignements cliniques**

DDG : 

J	J	M	M	2	0	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

- Nombre de fœtus : .....      ▪ Poids (Kg) : .....
- Origine géographique :  Afro-caraïbe et Afrique subsaharienne  
 Europe, Afrique du Nord, Proche Orient  
 Asie du Sud (Inde, Pakistan, Bangladesh)  
 Asie du Sud Est (Malaisie, Thaïlande, Vietnam, Indonésie)  
 Asie de l'Est (Chine, Japon, Corée)       Autres
- Cigarette :  non     oui     arrêt de plus de 15 jours
- Diabète Insulino-Dépendant :  non     oui
- Si don d'ovocytes – Age de la donneuse : .....
- Antécédent de grossesse :  avec T21     avec DFTN
- Insuffisance rénale chronique :  non     oui

**Renseignements échographiques**

(Joindre l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre)

Date Echo : 

J	J	M	M	2	0	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

- LCC : ..... mm  
Longueur Cranio-Caudale ( $45 \leq LCC < 84$  mm)
- Age gest. : ..... S.A    ..... Jours
- Clarté nucale : ..... mm

**STRATEGIE DE DEPISTAGE - PERIODE DE PRELEVEMENT**

- Dépistage combiné du premier trimestre - **Grossesse mono fœtale uniquement** - Prélèvement entre 11,0 et 13,6 SA
- Dépistage du deuxième trimestre (MSM 2èmeT seuls) - Prélèvement entre 14,0 et 19,6 SA
- Dépistage tardif

Prélèvement à réaliser entre le

--	--	--	--	--	--	--	--

et le

--	--	--	--	--	--	--	--

**LABORATOIRE PRELEVEUR - LABORATOIRE TRANSMETTEUR**

Cachet du laboratoire préleveur

Date du prélèvement :

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

Poids : ..... kg

**Facturation**

- Tiers payant (joindre attestation de SS et ordonnance)
- 1<sup>er</sup> trimestre combiné : B145 soit 43,50 €
- 2<sup>ème</sup> trimestre (MSM seuls) : B110 soit 33 €
- Dépistage tardif : transmis au laboratoire agréé Robert Debré - si facturation patiente : 2ème Trimestre par MSM seuls B110 soit 33 €