

PRESCRIPTEUR

N° RPPS : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél : _____ Fax : _____

Cachet
du prescripteurRéservé
Laboratoire Biomnis
Etiquette code-barre**ECHOGRAPHISTE**

N° d'identification : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél : _____ Fax : _____

Etiquette
échographe**ATTESTATION DE CONSULTATION
ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 [6e] du code de la santé publique).

Je soussignée _____

► atteste avoir reçu du docteur :

au cours d'une consultation médicale :

1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée :

- un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;

- le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;

- 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, notamment de la trisomie 21 ;

- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;

- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorionales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

► consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

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 analyses.

L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : _____

Signature du praticien

Signature de la patiente

PATIENTE

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Date de naissance : _____

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie : _____

CN : _____ mm LCC : _____ mm (doit être entre 45 et 84 mm)

Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : _____

Ou à défaut : Date d'accouchement prévue : _____ (à 40,3 SA)

Date des dernières règles : _____

Nombre de fœtus _____, si grossesse gémellaire (uniquement si les 2 fœtus \geq 14.0 SA) monochoriale bichoriale CN (J2) _____ mm LCC(J2) : _____ mm**Renseignements concernant la patiente et intervenant dans le calcul du risque :**

■ Poids de la patiente _____ kg

■ Fumeuse (arrêt depuis plus de 15 jours = non) ? oui non■ Diabète insulino-dépendant ? oui non■ Grossesse antérieure avec trisomie 21 (libre et homogène) ? oui non■ Origine géographique Europe/Afrique du Nord Afrique sub-saharienne et Antilles Asie Autres (métisses par ex.) : _____ Jumeau évanescent (perte fœtale à SA) Insuffisance rénale chronique FIV ICSI Don d'ovocyte - Age de la donneuse : _____ ans Autres : _____**PRESCRIPTION** 1^{er} trimestre : risque combiné (PAPP-A + hCG β + CN)

Prélèvement entre _____ et _____

 2^{ème} trimestre : risque séquentiel intégré Double test (hCG β + AFP + CN) Triple test (hCG β + AFP + uE3 + CN) 2^{ème} trimestre : marqueurs sériques maternels sans CN Double test (hCG β + AFP) Triple test (hCG β + AFP + uE3)

Prélèvement entre _____ et _____

LABORATOIRE

Prélèvement réalisé le _____ à _____ h _____ min.

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 [6e] du code de la santé publique).

Je soussignée ► atteste avoir reçu du docteur :

au cours d'une consultation médicale :

1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée :

- un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;

• 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, notamment de la trisomie 21 :

- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;

- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorionales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

► **consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.**

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

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 analyses.

L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date :

Signature du médecin

Signature de la patiente

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 [6e] du code de la santé publique).

Je soussignée ► atteste avoir reçu du docteur :

au cours d'une consultation médicale :

1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée :

- un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;

• 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, notamment de la trisomie 21 :

- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;

- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorionales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

► **consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.**

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

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 analyses.

L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date :

Signature du médecin

Signature de la patiente