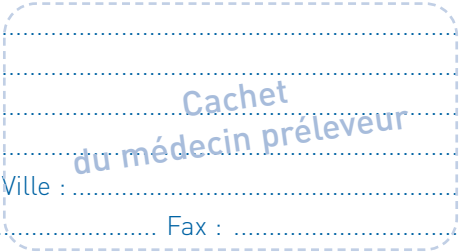


MEDECIN PRELEVEUR

N° de correspondant :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP : () () () () Ville :
 Tél : Fax :



MEDECIN SUIVANT LA GROSSESSE

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP : () () () () Ville :
 Tél : Fax :

Y a-t-il d'autres médecins à informer du résultat ? oui non

Préciser :

FEMME ENCEINTE

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Adresse :
 CP : () () () () Ville :
 Tél :

Date de naissance : () () () () () ()

Date des dernières règles : () () () () () ()

Date de grossesse : () () () () () ()

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES, ANTÉCÉDENTS

Plus de 3 fausses couches : oui non
 Maladies génétiques familiales connues : oui non

A préciser :

FACTURATION

Hôpital
 Prise en charge** (**joindre impérativement l'ordonnance, la Demande d'Entente Préalable ainsi que la copie de l'attestation S.S.).
 Organisme payeur : Régime : () () Département : () () ()
 Centre : () () () N° de S.S. : ()
 Patient* (* Si facturation patient, veuillez nous préciser ci-dessus l'adresse du patient).

ANALYSE DEMANDEES

■ **Date de prélèvement** Semaines d'Aménorrhée :

■ Nature de prélèvement

liquide amniotique (CLA ou CHN)

villosités chorales (CVCC)

Tube 1 ▶ volume : ml

produit de fausse-couche (CBI)

▶ aspect : clair brun hémorragique

sang foetal (CSF)

Tube 2 ▶ volume : ml

▶ aspect : clair brun hémorragique

Si grossesse gémellaire, nombre de foetus prélevé :

CARYOTYPE FOETAL

joindre obligatoirement le compte-rendu

■ Actes à la nomenclature

Grossesse à risque de trisomie 21 fœtale égal ou supérieur à 1/250 :

1^{er} trimestre + nuque 2nd trimestre + nuque 2nd trimestre seul

Anomalies chromosomiques parentales

ATCD pour le couple de grossesses avec caryotype anormal

Signes d'appel échographique :

Clarté nucale augmentée

Autres - à préciser :

Autres - à préciser :

■ Actes hors nomenclature

Convenance personnelle (CHN) :

HYBRIDATION IN SITU (FISH)

■ Diagnostic rapide sur noyaux non cultivés

Chromosome 21 Chromosomes 13, 18, 21, X, Y

■ **Recherche de microdélétion** - à préciser :

BIOCHIMIE FOETALE

Alpha Foetoprotéine (αFP) Acétylcholinestérase (ACHE) Enzymes digestives

Autres :

BILAN D'INFECTION FOETALE

Cytomégalovirus (CMV) Parvovirus B19 Toxoplasmose Rubéole Autres :

Joindre impérativement les sérologies maternelles et la date de séroconversion.

GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Pour toute demande d'analyse, joindre obligatoirement 5 ml de sang maternel sur EDTA et 5 ml de sang paternel afin d'éliminer le risque éventuel d'une contamination maternelle.

Achondroplasie sur sang maternel (*se référer*

SRY (détermination du sexe foetal)

Disomies uniparentales à la fiche dédiée)

Steinert (dystrophie myotonique de type I)

préciser chromosomes : Mono/dizygotie (jumeaux)

X fragile

Drépanocytose Mucoviscidose

Autres :

Génotypage rhésus D foetal Prader-Willi (syndrome de)

■ Documents à joindre

- Ordonnance spécifiant toutes les analyses demandées
- Attestation de carte vitale
- Entente Préalable remplie par le médecin préleveur