

**ESTIMATION DU RISQUE
de TRISOMIE 21 FŒTALE**
par l'étude des Marqueurs Sériques Maternels

Tél. : 05 59 27 51 31 - Fax : 05 59 82 90 82
Informations complémentaires sur www.biopyrenees.com

MS-MSM21-ENR001-V04

MSM 1^{er} Trimestre
entre 11 SA + 0 j et 13 SA + 6 j
(marqueurs sériques avec CN)

MSM 2^e Trimestre
entre 14 SA + 0 j et 17 SA + 6 j
(marqueurs sériques sans CN)

MSM 2^e Trimestre intégré
entre 14 SA + 0 j et 17 SA + 6 j
(marqueurs sériques avec CN)

PRESCRIPTEUR

Nom _____
Prénom _____
Tél. _____

Cachet prescripteur

PATIENTE

Nom _____
Nom de jeune fille _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. _____ Portable _____

Prélèvement à réaliser entre le _____ et le _____

RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER LISIBLEMENT POUR ÉVITER TOUTE ERREUR D'INTERPRÉTATION

- Date de naissance _____
- Poids de la patiente _____ Kg (au moment du prélèvement)
- Tabac (pendant la grossesse) non oui
- Diabète insulino-dépendant non oui
- Grossesse après stimulation ovarienne non oui
- Origine géographique : Caucase Afrique Noire Asie Autres :

- Au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :
- Antécédent de trisomie 21 non oui
 - Antécédent de non fermeture du tube neural non oui

Commentaires : Don d'ovocyte-Age donneuse : _____ ans
 Jumeau évanescent Insuffisance rénale chronique Autres :
ou réduction embryonnaire Traitement :

ÉCHOGRAPHISTE

Nom :
Numéro Identifiant : Réseau périnatalité :
Échographie le _____ Date début de grossesse _____
Nbre Fœtus _____ Clarté nucale _____, _____ mm LCC _____ mm (de 45 à 84 mm)
Merci de joindre le compte-rendu échographique
2^e fœtus Monochoriale Bichoriale Clarté nucale _____, _____ mm LCC _____ mm

RENSEIGNEMENT PRÉLÈVEMENT

Prélèvement réalisé le _____ à _____ h _____
prélevé par : Identité patiente vérifiée : oui non
Centrifuger le tube sec sous 4h maximum. Transmettre réfrigéré ou congelé.
Réception au laboratoire par :
Si ≠ de l'enregistrement - Date et heure :

Facturation :
 Au laboratoire transmetteur
 A la patiente
 1/3 payant géré par BIO PYRÉNÉES
(joindre impérativement l'ordonnance ainsi que la copie de l'attestation S.S. et mutuelle)
Organisme payeur :
N° de SS _____

Cachet du Laboratoire
ou lieu de prélèvement

**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 médecin ou de la sage-femme des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :**

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
 - si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales 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.

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

Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé 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 dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.

Le laboratoire de biologie médicale 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.

- oui, je désire réaliser ce test sanguin**
- non, je ne désire pas réaliser ce test**

Date : _____

Signature du praticien

Signature de la patiente

EXEMPLAIRE DESTINÉ AU LABORATOIRE

**ESTIMATION DU RISQUE
de TRISOMIE 21 FŒTALE**
par l'étude des Marqueurs Sériques Maternels

Tél. : 05 59 27 51 31 - Fax : 05 59 82 90 82
Informations complémentaires sur www.biopyrenees.com

MS-MSM21-ENR001-V04

MSM 1^{er} Trimestre
entre 11 SA + 0 j et 13 SA + 6 j
(marqueurs sériques avec CN)

MSM 2^e Trimestre
entre 14 SA + 0 j et 17 SA + 6 j
(marqueurs sériques sans CN)

MSM 2^e Trimestre intégré
entre 14 SA + 0 j et 17 SA + 6 j
(marqueurs sériques avec CN)

PRESCRIPTEUR

Nom _____
Prénom _____
Tél. _____

Cachet prescripteur

PATIENTE

Nom _____
Nom de jeune fille _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. _____ Portable _____

Prélèvement à réaliser entre le _____ et le _____

RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER LISIBLEMENT POUR ÉVITER TOUTE ERREUR D'INTERPRÉTATION

- Date de naissance _____
- Poids de la patiente _____ Kg (au moment du prélèvement)
- Tabac (pendant la grossesse) non oui
- Diabète insulino-dépendant non oui
- Grossesse après stimulation ovarienne non oui
- Origine géographique : Caucase Afrique Noire Asie Autres :

- Au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :
- Antécédent de trisomie 21 non oui
 - Antécédent de non fermeture du tube neural non oui

Commentaires : Don d'ovocyte-Age donneuse : _____ ans
 Jumeau évanescent Insuffisance rénale chronique Autres :
ou réduction embryonnaire Traitement :

ÉCHOGRAPHISTE

Nom :
Numéro Identifiant : Réseau périnatalité :
Échographie le _____ Date début de grossesse _____
Nbre Fœtus _____ Clarté nucale _____, _____ mm LCC _____ mm (de 45 à 84 mm)
Merci de joindre le compte-rendu échographique
2^e fœtus Monochoriale Bichoriale Clarté nucale _____, _____ mm LCC _____ mm

RENSEIGNEMENT PRÉLÈVEMENT

Prélèvement réalisé le _____ à _____ h _____
prélevé par : Identité patiente vérifiée : oui non
Centrifuger le tube sec sous 4h maximum. Transmettre réfrigéré ou congelé.
Réception au laboratoire par :
Si ≠ de l'enregistrement - Date et heure :

Facturation :
 Au laboratoire transmetteur
 A la patiente
 1/3 payant géré par BIO PYRÉNÉES
(joindre impérativement l'ordonnance ainsi que la copie de l'attestation S.S. et mutuelle)
Organisme payeur :
N° de SS _____

Cachet du Laboratoire
ou lieu de prélèvement

**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 médecin ou de la sage-femme des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
 - si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales 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.

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

Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé 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 dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.

Le laboratoire de biologie médicale 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.

- oui, je désire réaliser ce test sanguin**
- non, je ne désire pas réaliser ce test**

Date : _____

Signature du praticien

Signature de la patiente

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LA PATIENTE

**ESTIMATION DU RISQUE
de TRISOMIE 21 FŒTALE**
par l'étude des Marqueurs Sériques Maternels

Tél. : 05 59 27 51 31 - Fax : 05 59 82 90 82
Informations complémentaires sur www.biopyrenees.com

MS-MSM21-ENR001-V04

MSM 1^{er} Trimestre
entre 11 SA + 0 j et 13 SA + 6 j
(marqueurs sériques avec CN)

MSM 2^e Trimestre
entre 14 SA + 0 j et 17 SA + 6 j
(marqueurs sériques sans CN)

MSM 2^e Trimestre intégré
entre 14 SA + 0 j et 17 SA + 6 j
(marqueurs sériques avec CN)

PRESCRIPTEUR

Nom _____
Prénom _____
Tél. _____

Cachet prescripteur

PATIENTE

Nom _____
Nom de jeune fille _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. _____ Portable _____

Prélèvement à réaliser entre le _____ et le _____

RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER LISIBLEMENT POUR ÉVITER TOUTE ERREUR D'INTERPRÉTATION

- Date de naissance _____
- Poids de la patiente _____ Kg (au moment du prélèvement)
- Tabac (pendant la grossesse) non oui
- Diabète insulino-dépendant non oui
- Grossesse après stimulation ovarienne non oui
- Origine géographique : Caucase Afrique Noire Asie Autres :

- Au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :
- Antécédent de trisomie 21 non oui
 - Antécédent de non fermeture du tube neural non oui

Commentaires : Don d'ovocyte-Age donneuse : _____ ans
 Jumeau évanescent Insuffisance rénale chronique Autres :
ou réduction embryonnaire Traitement :

ÉCHOGRAPHISTE

Nom :
Numéro Identifiant : Réseau périnatalité :
Échographie le _____ Date début de grossesse _____
Nbre Fœtus _____ Clarté nucale _____, _____ mm LCC _____ mm (de 45 à 84 mm)
Merci de joindre le compte-rendu échographique
2^e fœtus Monochoriale Bichoriale Clarté nucale _____, _____ mm LCC _____ mm

RENSEIGNEMENT PRÉLÈVEMENT

Prélèvement réalisé le _____ à _____ h _____
prélevé par : Identité patiente vérifiée : oui non
Centrifuger le tube sec sous 4h maximum. Transmettre réfrigéré ou congelé.
Réception au laboratoire par :
Si ≠ de l'enregistrement - Date et heure :

Facturation :
 Au laboratoire transmetteur
 A la patiente
 1/3 payant géré par BIO PYRÉNÉES
(joindre impérativement l'ordonnance ainsi que la copie de l'attestation S.S. et mutuelle)
Organisme payeur :
N° de SS _____

Cachet du Laboratoire
ou lieu de prélèvement

**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 médecin ou de la sage-femme des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
 - si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales 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.

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

Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé 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 dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.

Le laboratoire de biologie médicale 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.

- oui, je désire réaliser ce test sanguin**
- non, je ne désire pas réaliser ce test**

Date : _____

Signature du praticien

Signature de la patiente

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LE MÉDECIN