UNITE d'AMP DROUOT - PARIS

19 rue Drouot - 75009

MARQUEURS SERIQUES MATERNELS AU 1er OU 2nd TRIMESTRE

Nom :…… Prénom :……..
Née le : ..... …… Age :.....

Identification du prescripteur

GROSSESSE MONO-FOETALE : ☐ Oui ☐ Non ☐ Jumeau évanescent

Date de début de grossesse : ……. /……. /…….

Date de l'échographie du 1er trimestre : ……. /……. /…….

Mesure de la longueur crânio-caudale (LCC) : ……. **,** ……. **mm**

Mesure de la clarté nucale : ……. **,** ……. **mm**

Antécédents de trisomie 21 : ☐ Non ☐ Oui

Poids le jour du prélèvement (en kg) : …..... (à défaut le plus proche) **FIV** : ☐ Oui
Précisez : ……..

Nom de l'échographiste
……
Identifiant
|__|__|__| |__|__|__| |__| |__|__|__|__| |__|__|

Fumeuse ☐ Oui ☐ Non
TEC : âge de la patiente lors de la congélation : …….
Don d'ovocytes : âge de la donneuse : …….
Origine géographique ☐ Asiatique ☐ Antilles ☐ Caucasienne ☐ Afrique noire
☐ Autre…… ☐ Renseignement non connu

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE (Case à cocher)		
☐ **Dépistage combiné au 1er trim.** Grossesse monofœtale UNIQUEMENT : Renseignements écho. Joints + n° réseau Prélèvement entre **11,0 et 13,6 S.A.** **Soit ENTRE le** ……. /……. /…… **Et le** ……. /……. /……	☐ **Dépistage séquentiel intégré au 2è trim** Grossesse monofœtale UNIQUEMENT : Renseignements écho. Joints + n° réseau Prélèvement entre **14,0 et 17,6 S.A.** **Soit ENTRE le** ……. /……. /…… **Et le** ……. /……. /……	☐ **Marqueurs sériques maternels au 2e trim.** Prélèvement entre **14,00 et 17,6 S.A.** **Soit ENTRE le** ……. /……. /…… **Et le** ……. /……. /……

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA REALISATION D'UNE ANALYSE PORTANT SUR LES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS (en référence à l'article R. 2131-1 (6°) du code de la Santé Publique)

Je soussignée …… **atteste** avoir reçu du Dr……
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 foetus d'être atteint de l'affection ;

_ si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype foetal 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 le dossier médical de la patiente.
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 l'intéressée**