LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE DROUOT

21, rue Drouot - 75009 PARIS - ☎ (33) 01 45 23 10 45 - Fax 01 47 70 77 79

www.labodrouot.com

Dr Guy CASSUTO
Biologiste Médical Responsable
DES des Facultés de Pharmacie et Médecine
AAH des Hôpitaux de Paris
Certificat de Biologie de la Reproduction

Dr Dominique BOURET
Biologiste Médicale
DES de Biologie Médicale
AIH des Hôpitaux de Bordeaux
AAH des Hôpitaux de Paris
DEA de la Reproduction

Dr Béatrice BRETHOME
Biologiste Médicale
DES de Biologie Médicale
AIH des Hôpitaux de Nantes
MSBM
Certificat de Biologie de la Reproduction

Dr Marie LARGIER
Biologiste Médicale
DES de Biologie Médicale
AIH des Hôpitaux de Dijon
DU d'Hématologie Cytologie

Dr Laure CALAS
Biologiste Médicale
DES de Biologie Médicale
AIH des Hôpitaux de Paris
DEA d'Immuno Virologie

Dr Flora MARZOUK
Biologiste Médicale
DES de Biologie Médicale
AIH des Hôpitaux de Paris
Master en Biologie
de la Reproduction et AMP

Dr Lea RUOSO
Biologiste Médicale
DES de Biologie Médicale
AIH des Hôpitaux de Paris
Master en Biologie
de la Reproduction et AMP

MARQUEURS SERIQUES MATERNELS AU 1er OU 2nd TRIMESTRE

Nom :..... Prénom :.....
Née le : .... Age :.....
Adresse mail : .....

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**

Grossesse antérieure avec trisomie 21 : ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'échographiste
.....
Identifiant
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Poids le jour du prélèvement (en kg) : ..... (à défaut le plus proche) **FIV** : ☐ Oui
Précisez : ..... **Insuffisance rénale :** ☐ Oui ☐ Non
Fumeuse ☐ Oui ☐ Non **Diabète insulinodépendant :** ☐ Oui ☐ Non
TEC : âge de la patiente lors de la congélation : .....
Don d'ovocytes ou d'embryons : âge de la donneuse : .....
Origine géographique ☐ Asie ☐ Antilles/Afrique subsaharienne ☐ Europe/Afrique du Nord
☐ 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** ..... /..... /.....	☐ **Marqueurs sériques maternels au 2e trim.** Prélèvement entre **14,00 et 17,6 S.A. (de préférence après 15 SA)** **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 médecin,/de la sage femme/ du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (*).....
au cours d'une consultation médicale 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 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 même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être attient de l'affection ;
• Si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépisatge portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage
• si le risque est ≥ 1/50 la réalisation d'un carytotype 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 résultats du carytotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.
Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.
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.

Date : .....

Signature du médecin ou de la sage-femme **Signature de l'intéressée**

Une fois anonymisées, les données recueilles sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.