

Patiente			
Nom	Adresse		
Prénom			
Nom de naissance	CP	Ville	
Date de naissance __/__/____	Téléphone		

Echographiste		Prescripteur	
Nom	Nom		Nom
Prénom	Prénom		Prénom
Adresse	Adresse		Adresse
N°Id Réseau		N° Id	

Données échographiques- grossesse monofoetale			
Date de l'échographie : __/__/____	DDG déterminée par l'échographie : __/__/____	DDR : __/__/____	
LCC : __/__/__, __/ mm (doit être comprise entre 45 et 84 mm)	CN : __/__, __/ mm		

Renseignements indispensables au calcul de risque	
<p>TABAC <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>DIABETE Insulino dépendant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Grossesse antérieure avec T21 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Autres : à préciser _____</p> <p><b>Origine géographique :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Europe &amp; Afrique du Nord</p> <p><input type="checkbox"/> Afrique subsaharienne &amp; Antilles</p> <p><input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autres : à préciser _____</p>	<p><b>Si FIV / ICSI :</b> date de ponction __/__/____</p> <p><u>Si embryons congelés :</u></p> <p>Date réimplantation : __/__/____</p> <p>Date congélation : __/__/____</p> <p><b>Si don ovocytaire :</b></p> <p>Date naissance donneuse : __/__/____</p> <p>Jumeau évanescent <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (perte fœtale : ____ SA)</p>

LABORATOIRE
<i>A remplir lors du prélèvement</i>
<p><b>Prélèvement réalisé :</b></p> <p>le __/__/____</p> <p>à ____ h ____ min</p> <p><b>Poids de la patiente :</b></p> <p>_____ kg</p>

Dépistage	
<input type="checkbox"/> <b>1<sup>er</sup> trimestre - Dépistage combiné</b> (PAPPA + hCGβ libre + CN) Prélèvement entre 11,0 et 13,6 SA Soit entre le __/__/____ et le __/__/____	<input type="checkbox"/> <b>2<sup>ème</sup> trimestre - Marqueurs sériques maternels</b> (AFP + hCG) Prélèvement entre 14,0 et 17,6 SA Soit entre le __/__/____ et le __/__/____

### Attestation de consultation et de consentement éclairé

**Je soussignée, atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien(\*), prescripteur ici nommé,** au cours d'une consultation 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 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 1<sup>er</sup> 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 de la grossesse même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
- ✓ si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage 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 caryotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités chorionales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype 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.

(\*Rayer la mention inutile)

Date __/__/____	signature du prescripteur	Date __/__/____	signature de la patiente
-----------------	---------------------------	-----------------	--------------------------

## LABORATOIRE AGREE POUR LE DOSAGE DES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FOETALE

Le prélèvement doit être effectué entre **11 et 13 SA + 6 jours** (1<sup>er</sup> trimestre)  
**14 et 17 SA + 6 jours** (2<sup>ème</sup> trimestre)

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

- **Prescrire** le dosage des marqueurs sériques dans le sang maternel.
- **Compléter les renseignements cliniques** indispensables au calcul du risque.
  - **Dater, signer** l'attestation d'information de la femme enceinte.
- **Demander** à la femme enceinte :
  - **De signer l'attestation de consultation et consentement éclairé.**
- **Remettre** 2 exemplaires à la patiente dont 1 sera à l'attention du laboratoire agréé qui effectue les dosages.

*(Arrêté du 14 décembre 2018 du ministère des solidarités et de la santé, modifiant l'arrêté du 14 janvier 2014 fixant le modèle des documents mentionnés au III de l'article R.2131-2 du code de la santé publique).*

### PRELEVEMENT

- **Prélever** 7 à 10 ml de sang sur tube sec avec ou sans séparateur, non à jeun.
- **Centrifuger le sérum dans les 8 heures après le prélèvement.**
- **Le serum doit être NON HEMOLYSE**
- **Conservation du sérum :**
  - **De préférence 48 heures maximum à +2°C et +8°C**  
(Un délai de conservation jusqu'à 96 heures est considéré comme acceptable)
  - **Au-delà, conservation à <-18°C**
    - ✓ Tube SANS gel : Décanter avant congélation
    - ✓ Tube AVEC gel :
      - Laisser coaguler le tube au moins 30 min avant centrifugation
      - Congeler