DEPISTAGE DES TRISOMIES 13, 18 ET 21
PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL CIRCULANT

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 19 84

e-mail : nipps@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

CHECK LIST AVANT ENVOI

- □ Echantillon du patient **: tube Cell-Free DNA BCT (Streck)** (kit disponible sur demande auprès de notre laboratoire)
- □ Prescription médicale
- □ Attestation d'information et consentement dûment signés par la patiente ET par le prescripteur
- □ Copie du compte-rendu échographique du 1er trimestre (si non réalisée compte-rendu de la première échographie réalisée)
- □ Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation du test

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
Nom..... Prénom..... Nom de naissance..... Adresse..... Date de naissance : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I Taille et poids I__I__I__I (cm) I__I__I__I (kg)	Cachet obligatoire N° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse : Signature : Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET RESULTATS ECHOGRAPHIQUES

Grossesse : ☐ Spontanée ☐ Obtenue par procréation médicalement assistée

Date de début de grossesse échographique :
I__I__I. / I__I__I / I__I__I__I__I

Jumeau évanescent : □ Oui □ Non

Anomalie échographique : □ Oui □ Non

Echographie du 1er trimestre :

☐ Non réalisée (précisez motif) :

Nombre d'embryons évolutifs :

☐ 1 Longueur cranio-caudale : I__I__I, I__I mm
Mesure de la clarté nucale : I__I, I__I mm

☐ 2 Longueur cranio-caudale : I__I__I, I__I mm
Mesure de la clarté nucale : I__I, I__I mm

Chorionicité :.....

INDICATION : RAPPEL*Ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1er trimestre. IL NE DOIT PAS ETRE PROPOSE en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique (nous contacter en cas de signes mineurs).*

>>> PRELEVEMENT : ☐ **Initial** (1er prélèvement) ☐ **Contrôle** (2ème prélèvement)

Risque accru de trisomie 21 ou grossesse multiple :

- ☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21
- ☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 21
- ☐ Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple
- ☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000
  Stratégie de dépistage : ☐ combiné 1erTrimestre ☐ 2ème trimestre
  Risque 1/……

Autres indications (HN*) :

- ☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13
- ☐ Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21
- ☐ Dépistage primaire chez une femme de plus de 38 ans et n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques
- ☐ Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 (Stratégie : ☐ 1erT ☐ 2ème T Risque : 1/……..)
- ☐ Autres :

PRELEVEMENT SANGUIN

Date de prélèvement : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I Heure de prélèvement : I__I__I h I__I__I

N° Client : C I__I__I__I__I__I / I__I Cachet du laboratoire préleveur:

Facturation : ☐ Prise en charge à la NABM B1344 ☐ HN* 362€ (joindre impérativement chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)

Partie réservée au Laboratoire Cerba

Code nature : CFDS (sang total tube Streck) Code analyse : NIPS	*Etiquette dossier CERBA*