

ESTIMATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE

1^{er} Trim. à prélever entre 11.0 et 13.6 SA

soit entre le

et le

2^{ème} Trim. à prélever entre 14.0 et 17.6 SA

soit entre le

et le

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse et tél. :

Poids (au prélèvement) :

Nombre cigarettes / jour :

Diabète insulino-dépendant : oui non

Grossesse antérieure avec trisomie 21 : oui non

Origine : Caucase (+ Afrique du Nord)
Afrique noire (+ Antilles)
Asie (Chine, Japon, Corée)
Autre

Si don d'ovocytes, âge de la donneuse :

ÉCHOGRAPHIE

Date de l'échographie :

Nombre de fœtus :

Si gémellaire : monochoriale bichoriale

Longueur cranio-caudale (mm) :

Clarté nucale (mm) :

Date de début de grossesse :

N° d'identifiant, cachet et signature de l'échographe

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

Je soussignée

atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme

au cours d'une consultation médicale en date du

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.

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.

Date :

Signature et cachet du médecin
ou de la sage femme :

Signature de l'intéressée :

Information à la patiente loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978 : les données de vos résultats anonymisées et transmises à l'Agence de la Biomédecine feront l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la Trisomie 21. Conformément à cette loi, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer votre droit en vous adressant à votre médecin et pour des motifs légitimes vous pouvez vous opposer au traitement de ces données.

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Date du prélèvement :

Cachet du laboratoire :