



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 1^{er} 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 : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Taille et poids _ _ _ (cm) _ _ _ (kg)	<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 10px;">Cachet obligatoire</div> N° RPPS : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Adresse : Signature : Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
Grossesse : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Obtenue par procréation médicalement assistée Date de début de grossesse échographique : _ _ ./ _ _ / _ _ _ _ Jumeau évanescent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echographie du 1^{er} trimestre : <input type="checkbox"/> Non réalisée (précisez motif) : Nombre d'embryons évolutifs : <input type="checkbox"/> 1 Longueur crano-caudale : _ _ , _ _ mm Mesure de la clarté nucale : _ , _ mm <input type="checkbox"/> 2 Longueur crano-caudale : _ _ , _ _ mm Mesure de la clarté nucale : _ , _ mm Chorionicité :

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

>>> **PRELEVEMENT :** **Initial** (1^{er} prélèvement) **Contrôle** (2^{ème} 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 1^{er}Trimestre 2^{ème} 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 : 1^{er}T 2^{ème} T Risque : 1/.....)
- Autres :

PRELEVEMENT SANGUIN	
Date de prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure de prélèvement : _ _ h _ _	
N° Client : C _ _ _ _ _ / _ Cachet du laboratoire préleveur:	
Facturation : <input type="checkbox"/> Prise en charge à la NABM B1344 <input type="checkbox"/> HN 362 (joindre impérativement chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)	
<i>Partie réservée au Laboratoire Cerba</i>	
Code nature : CFDS (sang total tube Streck) Code analyse : NIPS	Etiquette dossier CERBA