



DÉPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL CIRCULANT

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/>	1 tube de 10 mL sang total prélevé lentement sur tube Streck (disponible sur www.lab-cerba.com) Le tube doit être retourné doucement au moins 10 fois. L'échantillon doit parvenir au Laboratoire Cerba sous 5 jours maximum et ne doit PAS ETRE CONGELE.
Cachet obligatoire	Date de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Heure de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
	S'agit-il d'un prélèvement : <input type="checkbox"/> Initial (1 ^{er} prélèvement) <input type="checkbox"/> de Contrôle (2 nd prélèvement)

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
NOM	NOM PRÉNOM
PRÉNOM	Adresse e-mail
Nom de naissance	Cachet obligatoire
Adresse	
Ville Pays	
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Taille et poids : <input type="text"/> <input type="text"/> (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> (kg)	
	Signature :

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

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

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
 Libre et homogène
 Autre Joindre impérativement le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique :

Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple

Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000 :
 Combiné 1erTrimestre 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
Joindre impérativement le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique :

Dépistage primaire chez une femme n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques

Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 :
 Combiné 1erTrimestre 2^{ème} trimestre Risque 1/.....

Autres :

Partie réservée au Laboratoire Cerba : Code nature : CFDS (sang total tube Streck) Code analyse : NIPS	Etiquette dossier Cerba
---	-------------------------