

IDENTITE DE LA PATIENTE

NOM PRENOM
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... ADRESSE : TEL

ATTESTATION DE CONSEIL GENETIQUE

« Je certifie avoir informé la patiente de l'intérêt du test sérique dans l'évaluation du risque de trisomie 21 fœtale, des limites de ce test, de ses implications en cas de risque élevé, et de la possibilité de dépister d'autres anomalies. »

Echographiste :

Médecin Prescripteur :

N° de Réseau + tampon : **Obligatoire pour 1^{er} T**

CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

Je soussignée,, déclare avoir reçu les informations suivantes, au cours d'une consultation médicale, à savoir :

- les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise en charge des personnes porteuses de la 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 premier 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 par 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, ou à défaut un dépistage par ADN fœtal libre circulant. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités chorales 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 du risque.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul du risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte-rendu de l'examen.

Date :/...../.....

Signature de l'intéressée :

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE

Choix Obligatoire

Dépistage combiné au 1^{er} T

Prélèvement entre **11 et 13+6j SA**

Soit entre le et le

Dépistage au 2nd T

Prélèvement entre **14 et 17+6j SA**

Soit entre le et le

Date de l'Echographie :/...../.....

Longueur Cranio Caudale : _____ mm

Mesure de la Clarté Nucale : _____ mm

(joindre une copie du CR de l'échographie)

Date de début de grossesse (confirmée par échographie) :/...../.....

Gémellaire : oui non Fiv : oui non Don ovocyte

ATCD lors d'une précédente grossesse de :

- Trisomie 21 (si oui, joindre caryotype) : oui non

- Non fermeture du tube neural : oui non

Réduction embryonnaire, jumeau évanescent oui non

Tabac : oui non Diabète : oui

si arrêt depuis plus de 15 jours = non

Origine Ethno-géographique : Européenne et Afrique du Nord // Africaine //Asie est // Asie sud-est // Mélanésie // Wallis-Polynésie

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES (cadre réservé au laboratoire)

Date du prélèvement :/...../.....

(à remplir par le préleveur)

Poids de la patiente au moment du prélèvement : _____ kg

Identification du laboratoire :