

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE

Laboratoire de Biologie et Pathologie – Secteur Biochimie Spécialisée

Plateforme de Biologie Hospitalo-Universitaire

2 rue Angélique Ducoudray – BP 37013 – 21070 DIJON Cedex

Tél. : 03.80.29.57.10 – Fax : 03.80.29.38.36

BMS 7296.4

1^{er} Trim. ☐ **Prélèvement entre 11 s + 0 j et 13 s + 6 j**
d'aménorrhée. (Arrêtés ministériels du 14/12/2018)

soit entre le : / / et le : / /

2^e Trim. ☐ **Prélèvement entre 14 s + 0 j et 17 s + 6 j**
d'aménorrhée. (Arrêtés ministériels du 14/12/2018)

soit entre le : / / et le : / /

IDENTIFICATION DE LA FEMME ENCEINTE

NOM :

Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Adresse :

Tél. :

Poids de la patiente : (lors de la prise de sang) | | | | | Kg

Tabac : (pendant la grossesse) Non ☐ Oui ☐

Diabète insulino-dépendant : Non ☐ Oui ☐

Antécédent de Trisomie 21 libre : Non ☐ Oui ☐

Insuffisance rénale chronique : Non ☐ Oui ☐

Origine géographique : Europe et Afrique du Nord ☐

Afrique subsaharienne et Antilles ☐

Asie ☐ Autres ☐

ÉCHOGRAPHIE (11 à 13 s + 6 j)

Date de début de Grossesse : / /

Date d'échographie 1^{er} Trim. : / /

Échographiste :

N° Agrément :

Monofoetale ☐

Clarté nucale : | | | | | mm

LCC : | | | | | mm

IAC ☐ FIV ☐ ICSI ☐

Don d'ovocyte ☐ Age de la donneuse :

Date prélvt ovocytes : Date transfert :

Date réduction embryonnaire/jumeau évanescent :

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

Article R.2131-2 du Code de la Santé Publique

Je soussignée :

atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin

généticien (*) (nom, prénom) :

au cours d'une consultation en date du :

des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :

- les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise en charge des personnes porteuses de 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 :
 - o une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
 - o 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 ;
 - o 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 risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou 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 $\geq 1/50$ la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostique me sera proposé d'emblée. 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 de risque.

Le laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé 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 du médecin
ou de la sage-femme (*) :

Signature de l'intéressée :

(*) Rayer la mention inutile.

CACHET PRESCRIPTEUR

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer le dépistage de la trisomie 21.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.