

Demande de dépistage prénatal portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel (ADNlcT21/DPNI)

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Date de naissance : ____ / ____ / _____	Tel : _____ Fax : _____
Tél : _____	JOINDRE UNE PRESCRIPTION MEDICALE
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
Taille : __ __ __ (cm) Poids : __ __ __ (kg)	Nombre de fœtus ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Type de gémeauté : _____	<input type="checkbox"/> Jumeau évanescent (perte foetal à SA)
Date de début de grossesse : __ __ / __ __ / __ __ __	
LABORATOIRE PRELEVEUR	
Nom :	Date de prélèvement : / /
Adresse :	
Tél : _____ Fax : _____	
<i>Code acte 4087 ou 4088 applicable, sauf indication Hors nomenclature</i>	
CONDITIONS PRE-ANALYTIQUES	
- Prélever 2 tubes Streck par patiente (Procédure pré-analytique jointe au kit de prélèvement)	
- Conserver le Prélèvement (sang total) à température ambiante (dans le sachet dédié)	
- Délai maximum d'acheminement au laboratoire de 5 jours à température ambiante	
INDICATIONS	
Joindre obligatoirement le compte-rendu de l'échographie du 1 ^{er} trimestre, ou à défaut une échographie ultérieure Ce test ne doit pas être proposé en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique	
<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels à risque accru supérieur ou égal à ≥1/50 et clarté nucale inférieure à 3,5 mm et sans autre anomalie échographique (<u>joindre copie du résultat des marqueurs sériques maternels</u>)	
<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels à risque intermédiaire entre ≤ 1/51 et ≥ 1/1000 avec clarté nucale inférieure à 3,5 mm et sans autre anomalie échographique (<u>joindre copie du résultat des marqueurs sériques maternels</u>)	
<input type="checkbox"/> Dépistage sans recours aux Marqueurs Sériques Maternels : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse avec Trisomie 21 foetale (joindre le résultat du caryotype) <input type="checkbox"/> Grossesse gémeauté ou jumeau évanescent (délai ≥ à 8 SA entre la perte foetale et le DPNI) <input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation Robertsonienne impliquant un chromosome 21 (Joindre la copie du résultat du caryotype) 	
<input type="checkbox"/> Convenance personnelle, autres (Hors nomenclature : joindre impérativement un chèque de 363 €) :	

CONSENTEMENT PREALABLE A L'EXAMEN ADNcT21
(Arrêté du 14 décembre 2018)

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 portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel dont je souhaite bénéficier
portant notamment sur :

- les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi les modalités de prise en charge des personnes porteuses de trisomie 21 ;
- le fait que cet examen a pour but de préciser le risque que le fœtus soit atteint de trisomie 21 mais que seul le résultat du caryotype foetal permettra de confirmer ou non l'existence de la trisomie 21 ;
- le fait qu'une prise de sang sera réalisée.

Il m'a été expliqué que :

- si l'ADN provenant du chromosome 21 est présent en quantité anormalement élevée, cela signifie qu'il existe une forte probabilité que le fœtus soit atteint de trisomie 21 ;
- le résultat est soit positif soit négatif, mais il ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de trisomie 21 ;
- le résultat me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal ;
- si le résultat est négatif, cela signifie que cet examen n'a pas décelé d'anomalie. Dans cette situation la possibilité que le fœtus soit atteint de trisomie 21 est très faible mais pas totalement nulle ;
- si le résultat est positif, la présence d'une trisomie 21 chez le fœtus est très probable mais pas certaine. Un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal) me sera alors proposé afin d'établir le caryotype du fœtus pour confirmer (ou infirmer) le résultat du dépistage à partir de la prise de sang ;
- parfois, en cas d'échec technique sur la première prise de sang, une seconde me sera proposée pour recommencer l'examen portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel ;
- dans de rares cas, l'examen de l'ADN foetal libre dans le sang maternel ne donnera pas de résultat et le praticien me présentera les options possibles.

J'ai été informée que cet examen n'est pas prévu pour révéler d'éventuelles autres affections que la trisomie 21.

Je consens à la réalisation de l'examen portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel.

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 l'examen.

Le laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé dans lequel exerce le praticien ayant effectué l'examen 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

(*) Rayez la mention inutile.

Ce document est réalisé en 3 exemplaires, dont l'original est conservé par le prescripteur, une copie est remise à la patiente et une autre est adressée au Laboratoire avec l'échantillon sanguin.

Pour tout renseignement complémentaire : **Dr RAHIL Haïssam et Dr ROUCAUTE Thomas**
Médecins Biologistes agréés en Cytogénétique prénatale

Tél : 04 67 58 33 24

Fax : 04 67 58 38 81

Mail : cytogenetique@labosud.fr