Ninalia
par eurofins biomnis

Bon de demande
Dépistage d'anomalies chromosomiques
par analyse de l'ADN libre circulant (ADNlc)

PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....
Pays : .....
Tél. : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Fax : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Email : .....
Date : ⌊J⌋⌊J⌋⌊M⌋⌊M⌋⌊A⌋⌊A⌋⌊A⌋⌊A⌋

Cachet du prescripteur

Réservé
Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

Signature :

PATIENTE

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ⌊J⌋⌊J⌋⌊M⌋⌊M⌋⌊A⌋⌊A⌋⌊A⌋⌊A⌋

Adresse : .....
.....
CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....
Pays : .....

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Date de début de grossesse : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Nombre de fœtus évolutifs : .....
Jumeau évanescent : ☐ OUI ☐ NON
Age gestationnel le jour du prélèvement : Semaines : ..... Jours : .....
Si présence de signes d'appels échographiques, préciser : .....

INDICATION CLINIQUE

☐ Dépistage primaire
☐ Souhait parental
☐ Grossesse gémellaire
☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 21, 18, 13 au sein du couple
☐ 2ème prélèvement
☐ Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21 ou 13
☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels : ☐ 1er trimestre ☐ 2e trimestre Risque 1/ .....
☐ Autre : .....

TEST DEMANDÉ *(cocher toutes les réponses)*

☐ Trisomies 21, 18 et 13
☐ Trisomies 21, 18 et 13
+ Aneuploidies autosomiques
+ Déséquilibres supérieurs à 7 mégabases

Optionnel :
☐ Détermination du sexe fœtal : ☐ OUI ☐ NON
☐ Dysgonosomies : ☐ OUI ☐ NON

CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Je consens au(x) test(s) que j'ai choisi(s) et confirme que j'ai été informée du but, de l'étendue et des limitations du test par mon professionnel de santé. Je comprends que c'est un test de dépistage pour des anomalies précises et que les résultats me seront remis par mon professionnel de santé. J'ai pu poser des questions et je comprends que je pourrai demander des informations complémentaires et un conseil génétique.
Je consens à l'utilisation du prélèvement restant et des informations contenues à des buts de recherche.
Je suis d'accord pour que mes données soient utilisées dans le but d'audits et de contrôle de qualité.

Date: ⌊D⌋⌊D⌋⌊M⌋⌊M⌋⌊Y⌋⌊Y⌋⌊Y⌋⌊Y⌋

Signature de la patiente

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je vérifie que l'information du patient et du prescripteur dans ce formulaire est complète et adaptée à mes connaissances et que j'ai demandé ce test selon mon jugement de sa nécessité médicale. J'ai indiqué les limites de ce test et répondu aux questions au mieux de mes compétences. Je comprends que Eurofins peut avoir besoin d'autres informations et j'accepte de les transmettre si nécessaire.

Date: ⌊D⌋⌊D⌋⌊M⌋⌊M⌋⌊Y⌋⌊Y⌋⌊Y⌋⌊Y⌋

Signature du prescripteur

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39). Prélèvement à recevoir sous 5 jours.
Merci de prendre contact avec la Division Internationale au +33 4 72 80 23 85 ou par email : serviceexport@eurofins-biomnis.com pour recevoir le kit et organiser l'acheminement de l'échantillon au Laboratoire Eurofins Biomnis.

Prélèvement réalisé le : ⌊J⌋⌊J⌋⌊M⌋⌊M⌋⌊A⌋⌊A⌋ à ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋ min

B39-INTFR - Mars 2020