

MARQUEURS SERIQUES MATERNELS Au 1^{er} ou 2nd TRIMESTRE

ECHOGRAPHISTE / PRESCRIPTEUR

- 1 - Informer la patiente
- 2 - Renseigner vos coordonnées
- 3 - Renseigner les données échographiques et remplir la fiche de renseignements cliniques
- 4 - Choisir la stratégie de dépistage
- 5 - Signer le formulaire au verso
- 6 - Faire signer le consentement par la patiente
- 7 - Conserver une copie du consentement signé par la patiente

LABORATOIRE D'EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE

- 1 - Faire prélever 5 ml de sang sur tube sec EXCLUSIVEMENT
- 2 - Centrifuger et décanter rapidement
- 3 - Transmettre le prélèvement et ce document au Laboratoire Cerba
- 4 - S'assurer que la patiente a signé le consentement au verso
- 5 - Conserver congelé à -20 °C si transmission supérieure à 48 heures

INFORMATION PATIENTE

- 1 - Lire l'information
- 2 - Signer le consentement
- 3 - Faire pratiquer le prélèvement sanguin dans votre laboratoire habituel

NB : Après anonymisation, les données recueillies sont transmises à l'Agence de Biomédecine et analysées pour évaluer ces stratégies de dépistage de la trisomie 21 fœtale.

STRATEGIES DE DEPISTAGE AU 17/01/19

- Dépistage combiné au 1^{er} trimestre**
Prélèvement entre **11,0 et 13,6 S.A.** : **le plus tôt possible après l'échographie**
- monofoetale UNIQUEMENT ;
- renseignements échographiques joints.
- Marqueurs sériques maternels au 2nd trimestre**
Prélèvement entre **14,0 et 17,6 S.A.**

LE CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA REALISATION EN VUE DE DIAGNOSTIC PRENATAL *IN UTERO* DE L'EXAMEN MENTIONNE A L'ARTICLE R.2131-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE COMPLETE ET SIGNE PAR LA PATIENTE AU VERSO DE CE DOCUMENT AVANT LE PRELEVEMENT SANGUIN



PRESCRIPTION MEDICALE POUR LES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS

DOCUMENT A CONFIER A LA PATIENTE POUR ETRE TRANSMIS AU CENTRE DE DIAGNOSTIC ANTENATAL

ECHOGRAPHISTE	PRESCRIPTEUR
<input type="checkbox"/> N° d'identification <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Clé <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(Zone obligatoirement renseignée)</small>	<input type="checkbox"/> N° d'identification <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Clé <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(Zone obligatoirement renseignée)</small>
<input type="checkbox"/> N° Réseau <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nom :	<input type="checkbox"/> Nom :
<input type="checkbox"/> Prénom :	<input type="checkbox"/> Prénom :
<input type="checkbox"/> Adresse :	<input type="checkbox"/> Adresse :
<input type="checkbox"/> Ville : <input type="checkbox"/> CP :	<input type="checkbox"/> Ville : <input type="checkbox"/> CP :
<input type="checkbox"/> Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> de la patiente	<input type="checkbox"/> Date début de grossesse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (confirmée par l'échographie)
<input type="checkbox"/> Date échographie : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nombre de fœtus : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Longueur crano-caudale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="checkbox"/> Poids de la patiente : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg (au moment du prélèvement)
<input type="checkbox"/> Mesure clarté nucale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="checkbox"/> Antécédent au cours d'une précédente grossesse pour la patiente : <ul style="list-style-type: none"> - Trisomie 21 : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> - Non fermeture du tube neural : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si don d'ovocytes, année de naissance de la donneuse <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fumeuse : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> nb. cig/j <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Origine géographique : Europe / Afrique du nord <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE (CASE A COCHER)

<input type="checkbox"/> Dépistage combiné au 1^{er} trimestre Grossesse monofœtale UNIQUEMENT, Renseignements éch. joints Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A. (juste après l'écho.) Soit ENTRE le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> et le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels au 2^{ème} trimestre Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A. Soit ENTRE le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> et le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

PATIENTE : COORDONNEES - INFORMATION - CONSENTEMENT

Nom : Prénom :

Adresse : N° Rue

Code Postal : Ville :

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 médicale 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 sur 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 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 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 foetal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
- Si le risque est $> 1/50$ la réalisation d'un caryotype foetal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités chorionales ou de sang foetal).

Seul le résultat du caryotype foetal 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 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.
 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 :

LABORATOIRE D'EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE N° de Correspondant :

DATE DE PRELEVEMENT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FACTURATION <input type="checkbox"/> au laboratoire <input type="checkbox"/> à la patiente <input type="checkbox"/> en prise en charge <i>Fournir impérativement copies de la carte navette, de l'ordonnance, des coordonnées de la mutuelle, n° adhérent et période de validité</i>
--	---