labazur
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

DÉPISTAGE DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE
MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS
LABORATOIRE LABAZUR CAYENNE(Site de Cayenne)

Agrément dépistage-sérique - JO 31 12 97
35 Rue du Lt Brassé 97300 CAYENNE

Dr Patricia MARRONCLE
Médecin biologiste

CODE BARRE
Dossier

PATIENTE

Nom : Prénom : Date de naissance :

Téléphone domicile : Téléphone mobile :

Lieu prévu d'accouchement : Médecin accoucheur :

ÉCHOGRAPHISTE

Nom :

N° Réseau :

Signature
Obligatoire

Nombre de fœtus :

■ Date d'échographie :

■ Longueur cranio-caudale : , mm

■ Mesure de la clarté nucale : , mm

PRESCRIPTEUR

"Je certifie avoir informé la patiente de l'intérêt du test sérique dans l'évaluation du risque accru de trisomie 21 fœtale, de ses limites et de ses implications en cas de risque élevé."

Signature
Obligatoire

■ Date de début de grossesse : (PAR ÉCHOGRAPHIE)

■ Poids de la patiente : Kg le.....

■ Fumeuse (au moins 1 cigarette dans les 15 derniers jrs) ☐ oui ☐ non

■ Antécédent T21 : (MATERNEL) ☐ oui (à préciser) ☐ non

■ Jumeau evanescent ou Réduction embryonnaire ☐ oui ☐ non

■ Origine géographique :
☐ Europe et Afrique du nord ☐ Asie
☐ Antilles/Guyane et Afrique subsaharienne ☐ Autre

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Bio médecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du 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.»

STRATÉGIE DE DÉPISTAGE CHOISIE

☐ **Dépistage combiné au 1er trim.**
Grossesse mono fœtale UNIQUEMENT :
Renseignement écho. joints + n° réseau
Prélèvement entre **11,0 et 13,6 S.A.**
Soit **ENTRE** le
et le

☐ **Dépistage séquentiel intégré au 2nd trim.**
Grossesse mono fœtale UNIQUEMENT :
Renseignement écho. joints + n° réseau
Prélèvement entre **14,0 et 17,6 S.A.**
Soit **ENTRE** le
et le

☐ **Marqueurs sériques maternels au 2nd trim.**
Prélèvement entre **14,0 et 17,6 S.A.**
Soit **ENTRE** le
et le

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA PATIENTE À LA RÉALISATION D'UNE ANALYSE PORTANT SUR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

Arrêté du 23 juin 2009 modifié

Je soussignée .....

J'atteste avoir reçu du **docteur** ..... au cours d'une consultation médicale :
1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposé :
- un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;
- 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, notamment de la trisomie 21 :
  - si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
  - si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque techniques de prélèvement me seront expliqués.
- je consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.

Le dosage des marqueurs sériques seront effectués dans un laboratoire d'analyse biologie médicale autorisé à le pratiquer. **L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie m'est remise ainsi qu'au praticien effectuant l'analyse.**

Date : .....

Signature de la patiente :

Date du prélèvement

Cachet du laboratoire