médilys
2 - 4 rue des Lilas • **39000 LONS-LE-SAUNIER**
Tél. 03 84 24 43 87 • Fax 03 84 24 74 73
www.medilys.fr • t21@medilys.fr

ÉVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 MONOFŒTALE par l'étude des marqueurs sériques maternels

☐ DÉPISTAGE 1ER TRIMESTRE 11,0 SA à 13,6 SA
soit entre le : ...../...../..... et le : ...../...../.....

☐ DÉPISTAGE 2E TRIMESTRE 14,0 SA à 17,6 SA
soit entre le : ...../...../..... et le : ...../...../.....

PRESCRIPTEUR : (cachet)

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ...../...../...../...../..... Fax : ...../...../...../...../.....

PATIENTE :

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐ Tél. : ...../...../...../...../.....

ÉCHOGRAPHIE

N° identifiant échographiste ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

Nous joindre la photocopie du compte-rendu échographique si possible.

Nom de l'échographiste ..... Date de l'échographie ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nombre de fœtus ☐ Date des dernières règles ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

LCC ☐☐,☐ mm. CN ☐,☐☐ mm. Date de début de grossesse ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Don d'ovocyte ☐ (âge de la donneuse :) IAC ☐ FIV ☐ ICSI ☐

Réduction embryonnaire/jumeau évanescent ☐ Réimplantation embryonnaire ☐ (Date de ponction ...../...../.....)

Si oui (Âge gestationnel : .....)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Poids jour du prélèvement ☐☐☐ kg Tabac ☐ oui ☐ non

Antécédent de trisomie 21 libre lors d'une précédente grossesse ☐ oui ☐ non Diabète insulino-dépendant ☐ oui ☐ non

Origine géographique ☐ Caucase (Europe/Afrique du Nord) ☐ Africo-Caribéen (Afrique Sub-Saharienne/Antilles) ☐ Asiatique (Asie) ☐ Autres Pays .....

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

(en référence à l'Arrêté du 14 décembre 2018 modifiant l'Arrêté du 14 janvier 2014 fixant le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique).

Modèle du formulaire pour les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels mentionnés au 1° du I de l'article R. 2131-1 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 : - 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 de 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 complétement 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 depistage ;
- si le risque est ≥ 1/50 la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales 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, de la sage-femme ou du conseiller en génétique(*)

Signature de l'intéressée

Transfert des données à l'Agence de la Biomédecine : 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."

(*) Rayer la mention inutile

Feuillet blanc destiné au médecin prescripteur - Feuillet rose destiné au laboratoire agréé - Feuillet bleu destiné à la patiente - *voir information au verso*

Date du Prélèvement ☐☐ ☐☐ ☐☐

Heure du Prélèvement ☐☐ h ☐☐

Cachet du laboratoire transmetteur

ABM Graphic - Lons-le-Saunier - 49315-2021-12

Arrêtés ministériels du 23/06/2009

Selas MEDILYS - C1-F-F.11-001/09