

MARQUEURS SERIQUES MATERNELS

Au 1^{er} ou 2nd TRIMESTRE

ECHOGRAPHISTE / PRESCRIPTEUR

- 1 - Informer la patiente
- 2 - Renseigner vos coordonnées et n° d'appartenance réseau échographiste
- 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, conserver à + 4 °C
- 3 - Transmettre le prélèvement et ce document au laboratoire Cerba
- 4 - S'assurer que la patiente a signé le consentement au verso
- 5 - Si la transmission est supérieure à 2 jours, conserver congelé à -20 °C

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

- Dépistage combiné au 1^{er} trimestre** NABM : 4006/B185
- Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A. : le plus tôt possible après l'échographie
- monofoetale UNIQUEMENT ;
 - n° d'appartenance au réseau OBLIGATOIRE
 - renseignements échographiques joints.
- Dépistage séquentiel intégré au 2nd trimestre** NABM : 4005/B155
- Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.
- monofoetale UNIQUEMENT ;
 - n° d'appartenance au réseau OBLIGATOIRE
 - renseignements échographiques joints.
- Marqueurs sériques maternels au 2nd trimestre** NABM : 4004/B125
- 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 ANENATAL

ECHOGRAPHISTE	PRESCRIPTEUR
<p>■ N ° d'identification <input type="text"/> Clé <input type="text"/> (zone obligatoirement renseignée)</p> <p>■ N° Réseau <input type="text"/> (zone obligatoirement renseignée)</p> <p style="text-align: center;">CACHET OBLIGATOIRE</p>	<p>■ N ° d'identification <input type="text"/> Clé <input type="text"/> (zone obligatoirement renseignée)</p> <p><u>CACHET</u></p>
<p>■ Date de naissance : <input type="text"/></p> <p>■ Date échographie : <input type="text"/></p> <p>■ Longueur crano-caudale : <input type="text"/>,<input type="text"/> mm</p> <p>■ Mesure clarté nucal : <input type="text"/>,<input type="text"/> mm</p>	<p>■ Date début de grossesse : <input type="text"/> (confirmée par l'échographie)</p> <p>■ Nombre de fœtus : <input type="text"/></p> <p>■ Poids de la patiente : <input type="text"/> kg (au moment du prélèvement)</p> <p>■ Antécédent au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :</p> <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"/> <p>■ Fumeuse : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> nb. cig/j <input type="text"/></p> <p>■ Origine géographique : Europe <input type="checkbox"/> Afrique du nord <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/></p>

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE (CASE A COCHER)

<input type="checkbox"/> Dépistage combiné au 1^{er} trim. Grossesse monofétale UNIQUEMENT : Renseignements écho. joints + n° réseau Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A. (juste après l'écho)	<input type="checkbox"/> Dépistage séquentiel intégré au 2nd trim. Grossesse monofétale UNIQUEMENT : Renseignements écho. joints + n° réseau Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.	<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels au 2nd trim. Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.
Soit ENTRE le 	Soit ENTRE le 	Soit ENTRE le 
et le 	et le 	et le 

PATIENT : COORDONNEES - INFORMATION - CONSENTEMENT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : N° _____ Rue _____

Code Postal: | | | | | Ville : | | | | | | | | | | | | | | |

Code Postal : Ville :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
 - 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
 - le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre 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 technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer. 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.

Date : _____ Signature du médecin ou de la sage-femme : _____ Signature de l'intéressée : _____

A horizontal scale bar consisting of a series of small vertical tick marks followed by a larger rectangular box.

LABORATOIRE D'EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE

N° de Correspondant :

DATE DE PRELEVEMENT

FACTURATION

CACHET