

Feuille de demande
Dépistage prénatal non invasif (DPNI) des trisomies 13, 18 et 21
par analyse de l'ADN libre circulant

PATIENTE **MEDECIN PRESCRIPTEUR**

NOM, Prénom : Nom de naissance : Née le : Adresse :	Nom du prescripteur : Adresse : E mail : Fax : Date de prescription :
--	---

Signature

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ECHOGRAPHIQUES :
 Prélèvement à ne réaliser qu'après 10 semaines de grossesse (ou 12 SA) et en l'absence de signes d'appel échographique
 Il ne doit pas être proposé en cas de nuque > 3, 5 mm.

Poids de la patiente : Taille : Date de début de la grossesse (DDG) : Nombre d'embryons évolutifs : Présence d'un embryon évanescent: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>si oui, (le prélèvement doit être effectué à distance de l'arrêt d'évolution)</i>	Echographie du 1^{er} trimestre : Mesure de la clarté nucale : Présence de signes d'appel à l'échographie : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>si oui joindre <u>obligatoirement</u> le CR de l'échographie</i>
--	---

Les prescriptions pour convenance personnelle ne seront pas prises en charge par notre laboratoire

- Indications prises en charge par la sécurité sociale**
- Dépistage sérique de la trisomie 21 risque > 1/1000 (joindre obligatoirement la copie du résultat du dépistage)
 - ATCD de grossesse avec trisomie 21
 - Translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21 chez un parent
 - Premier prélèvement DPNI non informatif (joindre le CR)

Risque estimé

- Indication non prise en charge par la sécurité sociale (le test ne sera pas facturé à la patiente par notre laboratoire)**
- Risque accru de trisomie 13 ou 18 avec avis du CPDPN : (Préciser)

PRELEVEMENT : merci de nous contacter pour avoir des tubes Streck® à disposition (labocyto@chru-strasbourg.fr)

NOM, Prénom du préleveur : Qualité du préleveur :	Date du prélèvement : Heure :
--	--

DOCUMENTS A JOINDRE AU PRELEVEMENT

- La prescription médicale
 Ce bon complété
 L'attestation d'information complétée