

**PRESCRIPTEUR**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Tampon

Signature

**PATIENTE**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES**

Date de début de grossesse : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Nombre de foetus évolutifs : \_\_\_\_\_

Jumeau évanescent :  Oui  Non

Age gestationnel le jour du prélèvement :

Semaines : \_\_\_\_\_ Jours : \_\_\_\_\_

 Présence de signes d'appel échographiques  
(joindre le compte rendu)**INDICATIONS CLINIQUES**

- Dépistage primaire  Souhait parental
- Grossesse gémellaire
- Antécédent de grossesse avec trisomie 21, 18, 13 au sein du couple
- Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21 ou 13
- Dépistage par les marqueurs sériques maternels :
- 1<sup>er</sup> trimestre Risque 1/\_\_\_\_\_
- 2<sup>e</sup> trimestre

**TEST DEMANDÉ (Non pris en charge par la CNS)****DPNI****Dépistage trisomies 13,18 et 21****+ Dysgonosomies****+ Détermination du sexe foetal****DPNI ETENDU****Dépistage trisomies 13,18 et 21****+ Dysgonosomies****+ Détermination du sexe foetal****+ Détection d'aneuploïdies autosomiques****+ Détection de déséquilibres supérieurs à 7 mégabases****CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

Je consens au test que j'ai choisi et confirme que j'ai été informée du but, de l'étendue et des limitations du test par mon professionnel de santé. Je comprends que c'est un test de dépistage pour des anomalies précises et que les résultats me seront remis par mon professionnel de santé. J'ai pu poser des questions et je comprends que je pourrai demander des informations complémentaires et un conseil génétique.

Je consens à l'utilisation du prélèvement restant et des informations contenues à des buts de recherche.

Je suis d'accord pour que mes données soient utilisées dans le but d'audits et de contrôle de qualité.

 Je souhaite connaître le sexe de l'enfant à naître

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature Patiente

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

Je vérifie que l'information du patient et du prescripteur dans ce formulaire est complète et adaptée à mes connaissances et que j'ai demandé ce test selon mon jugement de sa nécessité médicale. J'ai indiqué les limites de ce test et répondu aux questions au mieux de mes compétences. Je comprends que le laboratoire peut avoir besoin d'autres informations et j'accepte de les transmettre si nécessaire.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature Prescripteur