

# EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE

Laboratoire de Biologie Clinique 20 route de Revel 31400 Toulouse  
Laboratoire agréé Tél : 05 62 71 85 85 ou 05 62 71 85 80 Fax : 05 62 71 85 74

## MEDECIN PRESCRIPTEUR

N° ADELI :

Nom : CACHET

Adresse :

Tél :

## PATIENTE

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

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

## ECHOGRAPHISTE

N° Identifiant Réseau

Nom :

Adresse : CACHET

Tél :

ou copie du compte rendu de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre

## DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie du 1<sup>er</sup> trim :

LCC (longueur cranio-caudale) :  mm (entre 45 et 84 mm)

CN (clarté nucale) :  mm

Date de début de grossesse déterminée par l'échographie :

Nombre de fœtus :  Si grossesse gémellaire :  monochoriale  bichoriale

LCC (J2) : ..... mm CN (J2) : ..... mm

Poids de la patiente :  kg (au jour du prélèvement)

Tabagisme maternel (au jour du prélèvement) :  Oui  Non

Diabète maternel insulino-dépendant :  Oui  Non

Trisomie 21 sur une grossesse antérieure :  Oui  Non

Origine géographique :  Europe / Afrique du Nord  
 Afrique sub-saharienne et Antilles  
 Asie  
 Autres (métisses ..)

### **Commentaires :**

- Jumeau évanescent, perte fœtale à ..... SA  
 Don d'ovocytes – Age de la donneuse  ans  
 Autres : .....

## STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE

- Dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trim. (prélèvement entre 11+0 et 13+6 SA)  
 Dépistage séquentiel intégré du 2<sup>iem</sup> trim. (prélèvement entre 14+0 et 17+6 SA)  
 Marqueurs sériques seuls du 2<sup>iem</sup> trim. (prélèvement entre 14+0 et 17+6 SA)

Prélèvement à réaliser entre le ..... / ..... / ..... et le ..... / ..... / .....

## **ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE**

**Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R.2131-1(6<sup>e</sup>) du code de la santé publique).**

Je soussignée, atteste avoir reçu du Docteur signataire (ci-dessous), 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 proposée : 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 technique de prélèvement me seront expliqués.

**Je consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.**

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans le dossier médical de la patiente.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses.

L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date .....

Signature du praticien

Signature de la patiente