

FEUILLE DE DEMANDE DE DÉPISTAGE PRÉNATAL NON INVASIF DES TRISOMIES 21, 13 ET 18

Prescripteur

N° RPPS :

Nom Prénom

Adresse

CP Ville

Tél Fax

Email

Patiente

Nom Prénom

Nom de jeune fille Date de naissance

Poids Taille Date de début de grossesse

Nombre d'embryons Si gémeaire, précisez le type

Jumeau évanescent : oui / non

Adresse

CP Ville

Tél

Indications (à cocher)

Joindre une copie du compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre.

Patientes situées dans un groupe à risque après évaluation par les marqueurs sériques maternels (MSM) :
Risque > à 1/1000. *Joindre la copie du résultat*

Age maternel > 38 ans pour les patientes n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les MSM.

Antécédent de grossesse avec trisomie 21, 13 ou 18.

Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21.
Joindre la copie du caryotype

Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13.
Joindre la copie du caryotype

Grossesse gémeaire.

Marqueurs sériques maternels hors bornage. *Joindre la copie du résultat*

Autre - *Nous contacter*

N.B : Nous rappelons que ce test ne peut être réalisé qu'en l'absence d'hyperclarté nucale (≥ 3.5 mm) ou autre signe d'appel échographique.

À renseigner par le laboratoire préleveur

Prélèvement réalisé le / / à h par