

DIAGNOSTIC PRENATAL

Renseignements cliniques

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29
e-mail : smedical@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

Laboratoire autorisé pour pratiquer en vue du diagnostic prénatal les examens de cytogénétique y compris de cytogénétique moléculaire, de génétique moléculaire, de biochimie foetale y compris les marqueurs sériques maternels et les examens en vue du diagnostic des maladies infectieuses.

MADAME

Nom	Adresse
Prénom
Nom de Jeune fille	Tél.
Date de naissance

MONSIEUR

Nom Prénom Date de naissance

MEDECIN PRELEVEUR

Nom

Prénom

Adresse

.....

Tél.

Fax

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom.....

Adresse.....

.....

Tel : Fax :

N° FINESS :

SIGNATURE :

GROSSESSE ACTUELLE

DDR :
 DDG :
 Grossesse mono-foetale
 Grossesse gémellaire
 Echographie du 1^{er} trimestre ● date :
 ● LCC :mm
 ● Clarté nucale : mm

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX DE LA PATIENTE

	Même partenaire	Partenaire différent
<input type="checkbox"/> Grossesses normales
<input type="checkbox"/> FCS :
<input type="checkbox"/> IVG :
<input type="checkbox"/> Enfants anormaux :
<input type="checkbox"/> Stérilité (durée) :

ANTECEDENTS DU COUPLE

	Côté maternel	Côté paternel
<input type="checkbox"/> Enfant anormal (description) :
<input type="checkbox"/> Maladie génétique (laquelle) :
<input type="checkbox"/> Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ?		
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui / si oui, Combien ?		

NATURE DU PRELEVEMENT

Liquide amniotique
 Sang foetal
 Villosités choriales*
 Produit de fausse-couche

Date de prélèvement : Terme : SA

S'agit-il d'une 2^{ème} ponction non oui : date de 1^{ère} ponction

Nombre de foetus prélevés : 1 : volumeml /mg; aspect :

2 : Identifiant foetus n°1= J1 : volumeml/mg aspect :
 : Identifiant foetus n°2= J2 : volumeml/mg aspect :

**Il est impératif que le prélèvement soit réalisé le jour de l'expédition dans un milieu de transport disponible sur simple demande.*

DIAGNOSTIC PRENATAL

Prescription

CYTOGENETIQUE, CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE ET GENETIQUE MOLECULAIRE

INDICATION

- Risque de T21 fœtale $\geq 1/250$
 - (1B) Dépistage combiné au 1^{er} trimestre³
 - (1C) Dépistage séquentiel intégré au 2nd trimestre³
 - (1D) Dépistage au 2nd trim. par les marqueurs sériques maternels³
- (2) Anomalie chromosomique parentale²
- (3) ATCD pour le couple de grossesse avec caryotype anormal²
- (4) Diagnostic de sexe pour les maladies liées au sexe
- (5) Signes d'appel échographiques¹
- (6) Age maternel ≥ 38 ans à la date du prélèvement en l'absence de dépistage de T21 fœtale
- (7) Autres (*préciser*) :
- (8) Hors convention

PRESCRIPTION

- Caryotype fœtal
- Culture de sauvegarde pour extraction et conservation d'ADN
- Recherche de syndrome micro-délétionnel : o Wolf-Hirschhorn (4p-) o Di-George (22q11) o autre.....
- Diagnostic rapide d'aneuploïdie (FISH) sur signe d'appel échographique¹
- Etude (pan-) télomères (MLPA-hors nomenclature) ¹⁺⁴

- Diagnostic rapide des trisomies 13, 18 et 21 par PCR sur indication autre que signe d'appel échographique
- Recherche de disomie uniparentale⁴ du chromosome (*préciser*) :
- Détermination de zygote
- Achondroplasie⁴
- Amyotrophie spinale⁴
- Drépanocytose⁴
- Hémophilie A⁴⁺⁵
- Génotypage rhésus D
- Mucoviscidose⁴
- Syndrome X Fragile^{4*}
- Autre :
- Hypochondroplasie⁴
- Syndrome de Prader-Willi⁴
- Bêta-thalassémie⁴
- Hémophilie B⁴⁺⁵
- Génotypage Kell
- Syndrome de Rett⁴
- Syndrome d'Apert⁴
- Dystrophie myotonique de Steinert^{4*}
- Dysplasie thanatophore⁴

DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES

PRESCRIPTION

- Cytomégalovirus (CMV) par PCR
- Toxoplasma gondii* par PCR
- Parvovirus B19 par PCR
- Varicelle-zona (VZV) par PCR
- Entérovirus par RT-PCR
- Herpès virus 1 et 2 (HSV) par PCR
- Rubéole par RT-PCR*

- Autre (*préciser*) :

INDICATION

- Signe d'appel échographique¹
 - Hypotrophie/retard de croissance isolée
 - Dilatation ventriculaire cérébrale
 - Intestin hyperéchogène
 - Hydramnios
 - Anasarque
 - Mort fœtale in utero
 - Autre (*préciser*) :
- Séroconversion maternelle⁶
 - o 1^{er} trimestre
 - o 2^{ème} trimestre
 - o 3^{ème} trimestre
- Varicelle clinique maternelle
- Autre (*préciser*) :

BIOCHIMIE FŒTALE (liquide amniotique)

PRESCRIPTION

- Alpha-foetoprotéine
- Acétylcholinestérase
- Enzymes digestives*

- Autre (*préciser*) :

INDICATION

- AFP maternelle sérique ≥ 2.5 MoM
- Signes échographiques évoquant un NTD¹
- Autres signes échographiques¹
- Antécédent de défaut de fermeture du tube neural
- Traitement maternel (notamment Dépakine[®])
- Dosage systématique
- Antécédent de syndrome néphrotique

* examen transmis

Pièces à joindre :

- ¹ le compte-rendu échographique,
- ² le résultat cytogénétique,
- ³ le compte-rendu du calcul de risque de T21 fœtale,
- ⁴ le sang des parents,
- ⁵ l'enquête moléculaire cas index,
- ⁶ les résultats sérologiques.

Attestation / Consentement
Si NON le RECLAMER