



**CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL DE NOUMEA
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE**

Chef de service : Dr Y. BARGUIL, Praticien Hospitalier : Dr E. CHOBLET

Assistant : Dr L. LEPOT

**BIOCHIMIE – TOXICOLOGIE – HEMOSTASE
LABORATOIRE AGREE POUR LE DEPISTAGE SANGUIN
DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE**

Secrétariat : Tel (687) 25 66 51 - Fax : (687) 25 66 94 - <http://www.cht.nc/>

DEPISTAGE SANGUIN DU RISQUE ACCRU DE TRISOMIE 21 FŒTALE

AU PREMIER TRIMESTRE : DEPISTAGE COMBINE

AU DEUXIEME TRIMESTRE : DEPISTAGE SEQUENTIEL INTEGRE

AU DEUXIEME TRIMESTRE : MARQUEURS SERIQUES MATERNELS

un seul choix à préciser obligatoirement en fonction de la stratégie adoptée

MEDECIN PRESCRIPTEUR

1. Le prélèvement doit être effectué pour le premier trimestre entre 11 et 13 SA + 6 jours, pour le deuxième trimestre entre 14 et 17 SA + 6 jours
2. Compléter le présent document au verso (N° RESEAU obligatoire pour 1^{er} trimestre et 2^{ème} trimestre intégré)
3. Remettre ce document à la patiente accompagné d'une ordonnance libre prescrivant le dosage des marqueurs sériques de la trisomie 21.
4. L'agrément pour le dosage des marqueurs sériques rend obligatoire le suivi des issues de grossesse. Merci de nous renvoyer le document en rapport qui vous sera joint avec le résultat, éventuellement un caryotype, refus à préciser.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

1. Compléter le cadre réservé au laboratoire.
2. Prélever **2 tubes secs**. Centrifuger rapidement (moins de 3h après le prélèvement), décanter aussitôt, conserver à +4°C. **Congeler si conservation > 48h.**
3. Transmettre le prélèvement et le présent document au Laboratoire de Biochimie du CHT de Nouméa, dans les meilleurs délais.

Tournez SVP

IDENTITE DE LA PATIENTE

NOM PRENOM
 ADRESSE TEL

ATTESTATION DE CONSEIL GENETIQUE

« Je certifie avoir informé la patiente de l'intérêt du test sérique dans l'évaluation du risque de trisomie 21 fœtale, des limites de ce test, de ses implications en cas de risque élevé, et de la possibilité de dépister d'autres anomalies. »

Médecin Prescripteur :

Echographiste :

N° de Réseau + tampon :
Obligatoire pour 1^{er} T et 2^{ème} T intégré

CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

Je soussignée,, déclare avoir reçu les informations suivantes, après la consultation médicale :

Le prélèvement sanguin qui m'est proposé doit donner lieu au dosage d'au moins deux marqueurs. Ce dosage sera effectué dans un laboratoire autorisé à effectuer ce type d'analyses.

Cet examen a pour but d'évaluer le risque pour l'enfant à naître d'être atteint de trisomie 21 (mongolisme). Il ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de la trisomie 21.

Le résultat de l'examen, exprimé en taux de risque, me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Si ce risque est considéré comme élevé (par exemple 1/100, 1/50...), il me sera proposé un prélèvement de liquide amniotique (amniocentèse) pour établir une analyse chromosomique du fœtus (caryotype).

Si ce risque est considéré comme faible, (par exemple 1/300, 1/500...), il n'exclut jamais la possibilité d'une trisomie 21 à la naissance.

Je consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage de ces marqueurs.

Date : ____

Signature de l'intéressée :

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE***Choix Obligatoire*****Dépistage combiné au 1^{er} T****Dépistage séquentiel intégré au 2nd T****Dépistage au 2nd T**Prélèvement entre **11 et 13+6j** SAPrélèvement entre **14 et 17+6j** SAPrélèvement entre **14 et 17+6J** SA

Soit entre le _____

Soit entre le _____

Soit entre le _____

Et le _____

et le _____

et le _____

Date de naissance :

Date de **début de grossesse** (confirmée par échographie) :

Date de l'Echographie :

Nombre de fœtus : * Fiv : oui non Longueur **Cranio Caudale** : , mm

ATCD lors d'une précédente grossesse de :

Mesure de la **Clarté Nucale** : , mm- Trisomie 21 : oui non - Non fermeture du tube neural : oui non Réduction embryonnaire, jumeau évanescent : oui non

*(Si 2, chorionicité ?)

Tabac : oui non **Origine géographique** : européenne africaine asiatique océanienne **LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES (cadre réservé au laboratoire)**Date du prélèvement : _____
(à remplir par le préleveur)

Identification du laboratoire :

Poids de la patiente au moment du prélèvement : _____ kg