



BIOLILLE SELAS
17 rue de la Digue 59000 LILLE
L.A.B.M. N° 59-257
AGREMENT T21 mai 1996

Standard
demande d'imprimés
renseignements techniques
Biologistes agréés : Docteurs G COUPLET - S LEPERS - A MAINARDI - F SUKNO

☎ 03 20 40 42 20
☎ 03 20 40 42 07
☎ 03 20 40 42 74

e-mail : labo@biolille.fr
Fax 03 20 40 42 72

EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE PAR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

1^{er} trimestre (11.0 à 13.6 S.A.) 2^{ème} trimestre (14.0 à 17.6 S.A.)

Prélèvement à effectuer entre le et le.....

FUTURE MAMAN

NOM.....

Prénom.....

Nom J.F.....

Tél.....

Adresse.....

DATE DE NAISSANCE

____ / ____ / ____

Si don d'ovocyte, date de naissance de la donneuse ____ / ____ / ____

Si transfert d'embryon congelé, date de la congélation ____ / ____ / ____

Uniquement pour le test du premier trimestre, merci de préciser si :

Afro-caribéenne Asiatique Caucasienne

POIDS lors du prélèvement

Kg

TABAGISME non oui cigarettes/jour

Si arrêt en cours de grossesse, depuis quand ? ____ / ____ / ____

Diabète

non oui

Si oui : insulino-dépendant non insulino-dépendant gestationnel

Si P.M.A. : Stimulation ovarienne FIV IA ICSI

ECHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE (11.0 -13.6 SA)

(Merci de joindre le compte-rendu)

Réalisée le Scores Herman/ 9
CFEF/ 32

par : Nom :

Cachet ou coordonnées :

N° identifiant de l'échographe :

(Numéro d'adhésion à un réseau de périnatalité, obligatoire pour la prise en compte de la clarté nucale dans le calcul de risque)

Nombre fœtus

Clarté nucale mm

LCC mm

Si grossesse multiple :

2^e fœtus 3^e fœtus

mm mm

mm mm

Nb sac(s) amniotique(s)

Nb placenta(s)

Si réduction embryonnaire ou jumeau évanescent, depuis quand ?

Date Début Grossesse

Activité régie par l'Arrêté Ministériel du 23 juin 2009

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FUTURE MAMAN

(en référence à l'article R. 2131-1 (6°) du Code de la Santé Publique)

Je soussignée

atteste avoir reçu du docteur

Au cours d'une consultation médicale :

- Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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 chorales 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.

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 même document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du médecin prescripteur

signature de la future maman

Cachet médecin / coordonnées sage-femme avec Téléphone, Fax

LABORATOIRE

Cachet ou coordonnées, renseignements cliniques, traitement...

Date de prélèvement : (indispensable)

vos références : date d'envoi : ____ / ____ / ____

HONORAIRES

1/3 payant (joindre photocopies ordonnance et carte assuré social)

laboratoire

patiente



BIOLILLE SELAS
17 rue de la Digue 59000 LILLE
L.A.B.M. N° 59-257
AGREMENT T21 mai 1996

Standard
demande d'imprimés
renseignements techniques
Biologistes agréés : Docteurs G COUPLÉT - S LEPERS - A MAINARDI - F SUKNO

☎ 03 20 40 42 20
☎ 03 20 40 42 07
☎ 03 20 40 42 74

e-mail : labo@biolille.fr
Fax 03 20 40 42 72

EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE PAR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

1^{er} trimestre (11.0 à 13.6 S.A.) 2^{ème} trimestre (14.0 à 17.6 S.A.)

Prélèvement à effectuer entre le et le.....

FUTURE MAMAN

NOM.....

Prénom.....

Nom J.F.....

Tél.....

Adresse.....

DATE DE NAISSANCE / /

Si don d'ovocyte, date de naissance de la donneuse / /

Si transfert d'embryon congelé, date de la congélation / /

Uniquement pour le test du premier trimestre, merci de préciser si :

Afro-caribéenne Asiatique Caucasienne

POIDS lors du prélèvement Kg

TABAGISME non oui cigarettes/jour

Si arrêt en cours de grossesse, depuis quand ? / /

Diabète non oui

Si oui : insulino-dépendant non insulino-dépendant gestationnel

Si P.M.A. : Stimulation ovarienne FIV IA ICSI

ECHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE (11.0 -13.6 SA)

(Merci de joindre le compte-rendu)

Réalisée le / / Scores Herman/ 9
CFEF/ 32

par : Nom :

Cachet ou coordonnées :

N° identifiant de l'échographe :

(Numéro d'adhésion à un réseau de périnatalité, obligatoire pour la prise en compte de la clarté nucale dans le calcul de risque)

Nombre fœtus

Clarté nucale mm

LCC mm

Si grossesse multiple :

2^e fœtus 3^e fœtus

mm mm

mm mm

Nb sac(s) amniotique(s)

Nb placenta(s)

Si réduction embryonnaire ou jumeau évanescent, depuis quand ?

Date Début Grossesse / /

Activité régie par l'Arrêté Ministériel du 23 juin 2009

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FUTURE MAMAN

(en référence à l'article R. 2131-1 (6°) du Code de la Santé Publique)

Je soussignée

atteste avoir reçu du docteur

Au cours d'une consultation médicale :

- Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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.

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 même document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : / /

Signature du médecin prescripteur

signature de la future maman

Cachet médecin / coordonnées sage-femme avec Téléphone, Fax

LABORATOIRE

Cachet ou coordonnées, renseignements cliniques, traitement...

Date de prélèvement : / / (indispensable)

votre référence : date d'envoi : / /

HONORAIRES

1/3 payant (joindre photocopies ordonnance et carte assuré social)

laboratoire

patiente



BIOLILLE SELAS
17 rue de la Digue 59000 LILLE
L.A.B.M. N° 59-257
AGREMENT T21 mai 1996

Standard
demande d'imprimés
renseignements techniques
Biologistes agréés : Docteurs G COUPLÉT - S LEPERS - A MAINARDI - F SUKNO

☎ 03 20 40 42 20
☎ 03 20 40 42 07
☎ 03 20 40 42 74

e-mail : labo@biolille.fr
Fax 03 20 40 42 72

EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE PAR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

1^{er} trimestre (11.0 à 13.6 S.A.) 2^{ème} trimestre (14.0 à 17.6 S.A.)

Prélèvement à effectuer entre le et le.....

FUTURE MAMAN

NOM.....

Prénom.....

Nom J.F.....

Tél.....

Adresse.....

DATE DE NAISSANCE

____ / ____ / ____

Si don d'ovocyte, date de naissance de la donneuse ____ / ____ / ____

Si transfert d'embryon congelé, date de la congélation ____ / ____ / ____

Uniquement pour le test du premier trimestre, merci de préciser si :

Afro-caribéenne Asiatique Caucasienne

POIDS lors du prélèvement

Kg

TABAGISME non oui cigarettes/jour

Si arrêt en cours de grossesse, depuis quand ? ____ / ____ / ____

Diabète non oui

Si oui : insulino-dépendant non insulino-dépendant gestationnel

Si P.M.A. : Stimulation ovarienne FIV IA ICSI

ECHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE (11.0 -13.6 SA)

(Merci de joindre le compte-rendu)

Réalisée le Scores Herman/ 9
CFEF/ 32

par : Nom :
Cachet ou coordonnées :

N° identifiant de l'échographiste :

(Numéro d'adhésion à un réseau de périnatalité, obligatoire pour la prise en compte de la clarté nucale dans le calcul de risque)

Nombre fœtus

Clarté nucale mm

LCC mm

Si grossesse multiple :

2 ^e fœtus	3 ^e fœtus
<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm

Nb sac(s) amniotique(s)

Nb placenta(s)

Si réduction embryonnaire ou jumeau évanescent, depuis quand ?

Date Début Grossesse

Activité régie par l'Arrêté Ministériel du 23 juin 2009

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FUTURE MAMAN

(en référence à l'article R. 2131-1 (6°) du Code de la Santé Publique)

Je soussignée

atteste avoir reçu du docteur

Au cours d'une consultation médicale :

- Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- 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.

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 même document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du médecin prescripteur

signature de la future maman

Cachet médecin / coordonnées sage-femme avec Téléphone, Fax

LABORATOIRE

Cachet ou coordonnées, renseignements cliniques, traitement...

Date de prélèvement : (indispensable)

votre référence : date d'envoi : ____ / ____ / ____

HONORAIRES

1/3 payant (joindre photocopies ordonnance et carte assuré social)

laboratoire

patiente