

**DÉPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES
PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL CIRCULANT**


LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client : C /	1 tube de 10 mL sang total prélevé lentement sur tube Streck (disponible sur www.lab-cerba.com) Le tube doit être retourné doucement au moins 10 fois. L'échantillon doit parvenir au Laboratoire Cerba sous 5 jours maximum et ne doit PAS ETRE CONGELE.
Cachet obligatoire	Date de prélèvement
	Heure de prélèvement h min
	S'agit-il d'un prélèvement : ☐ Initial (1 ^{er} prélèvement) ☐ de Contrôle (2 nd prélèvement)

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
NOM	Número RPPS (obligatoire) :
PRÉNOM	Cachet obligatoire
Nom de naissance	
Adresse	
CP Ville	
Date de naissance	
Taille et poids : (cm) (kg)	Adresse e-mail :
	Signature :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET RÉSULTATS ÉCHOGRAPHIQUES (Joindre impérativement le compte-rendu de l'échographie)	
Grossesse : ☐ Spontanée ☐ Obtenue par procréation médicalement assistée	Echographie du 1 ^{er} trimestre :
Date de début de grossesse échographique : 	☐ Non réalisée (précisez motif) :
Jumeau évanescent : ☐ Oui ☐ Non	Nombre d'embryons évolutifs :
Anomalie échographique : ☐ Oui ☐ Non	☐ 1 Longueur crano-caudale , mm Mesure de la clarté nucale , mm
	☐ 2 Longueur crano-caudale , mm Mesure de la clarté nucale , mm
	Chorionicité :

INDICATION
RAPPEL Ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1 ^{er} trimestre. IL NE DOIT PAS ETRE PROPOSÉ en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique (nous contacter en cas de signes mineurs).

Risque accru de trisomie 21 ou grossesse multiple :

☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21

☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 21
☐ Libre et homogène
☐ Autre Joindre **impérativement** le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique :

☐ Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple

☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000 :
☐ Combiné 1erTrimestre ☐ 2^{ème} trimestre Risque 1/.....

Autres indications (HN*) :

☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13

☐ Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21
Joindre **impérativement** le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique :

☐ Dépistage primaire chez une femme n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques

☐ Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 :
☐ Combiné 1erTrimestre ☐ 2^{ème} trimestre Risque 1/.....

☐ Autres :

FACTURATION
☐ Prise en charge à la NABM ☐ HN*: Voir catalogue prélèvement initial : B1000 2 nd prélèvement : B1300

Partie réservée au Laboratoire Cerba : Code nature : CFDS (sang total tube Streck) Code analyse : NIPS	Etiquette dossier Cerba
---	-------------------------