

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center">Médecin prescripteur (sénior obligatoire)</p> <p>Nom : Signature (obligatoire) : Prénom : Fonction : Téléphone : Fax :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div> | <p align="center">Préleveur</p> <p>Nom : Prénom : Fonction : Tél : Date :/...../.....</p> | <p align="center">Identité Patient</p> <p>Nom de naissance : Nom usuel : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <p align="center">Prescripteur APHP (étiquette UH)</p> <p>Identifiant APHP :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;">Étiquette UH</div> | <p align="center">Prescripteur extérieur (hors APHP)</p> <p>Identifiant RPPS: Hôpital : Service : Adresse : Ville :CP :</p> | <p>Étiquette GENNO</p> <p>(réservé au laboratoire)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

ÉTUDE GÉNÉTIQUE : DIAGNOSTIC DE SEXE FŒTAL À PARTIR DU SANG MATERNEL

| GROSSESSE ACTUELLE | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>DDR : <input type="checkbox"/> Grossesse mono-fœtale DDG : (.....SA + J) <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire</p> <p>INDICATION :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie Génétique liée à l'X (Précisez) :</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperplasie congénitale des surrénales (couple à risque)</p> <p><input type="checkbox"/> Ambiguïté sexuelle échographique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :</p> <p>Une amniocentèse est-elle prévue ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Date du prélèvement invasif :</p> | <p>Date de prélèvement :</p> <p>Heure de prélèvement :</p> <p>Nom du préleveur :</p> <p>Date de réception :</p> |

| ATTESTATION ET CONSENTEMENT | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Je soussigné (e), Docteur en Médecine, conformément à l'article R.162-16-67 du décret n° 95-559 du 06 mai 1995, certifie avoir reçu en consultation ce jour la patiente ci-dessus désignée afin de lui apporter les informations suivantes :</p> <p>La détermination du sexe de votre fœtus est utile à la prise en charge de votre grossesse notamment si vous envisagez d'avoir recours à un diagnostic prénatal précoce. Pour cela, il existe plusieurs alternatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échographie fœtale permet de connaître le sexe du fœtus mais elle ne peut être réalisée pour être fiable au mieux qu'à partir de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée ce qui n'est pas compatible avec un diagnostic prénatal précoce. • Un prélèvement de tissu fœtal permet d'établir le sexe chromosomique du fœtus (caryotype fœtal). Ce prélèvement peut être réalisé dès la 11^{ème} semaine d'aménorrhée (biopsie de villosités choriales) ou plus tardivement (liquide amniotique par amniocentèse) à partir de la 14^{ème} semaine. Ces gestes invasifs comportent cependant des risques notamment de perte fœtale (environ 0.5 à 1%). <p>Afin de connaître précocement (avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée) le sexe de votre fœtus tout en évitant d'avoir recours à un geste invasif, il vous est proposé de déterminer son sexe par analyse génétique de l'ADN fœtal qui circule dans votre sang. Ce test peut aussi être utile en cas de difficultés d'interprétation de l'échographie fœtale. Il s'agit d'une simple prise de sang qui ne présente aucun risque pour votre fœtus.</p> <p>Je soussignée, Madame, consens au prélèvement et à la réalisation de cette analyse qui sera effectuée par un laboratoire autorisé à la pratique par le ministère chargé de la santé.</p> <p>Fait à, le/...../.....</p> <p align="right">Signature de la patiente Signature du prescripteur</p> | |

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR : <https://hupc.manuelprelevement.fr/>

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION :

- Prélèvement sur tubes E.D.T.A. 30 ml de sang pour un adulte
 - Expédition : envoi par courrier rapide des tubes étiquetés et protégés dans une boîte rigide et hermétique à température ambiante. Ne pas congeler les tubes.

DOCUMENTS A JOINDRE A TOUT PRELEVEMENT :

- Cette feuille de prescription remplie et signée par le prescripteur et par la patiente
- Bon de commande (pour les hôpitaux hors APHP)

COTATION DE L'EXAMEN : B500

Laboratoire autorisé à exercer l'activité de soins «examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales»

DIAGNOSTIC DE SEXE FŒTAL A PARTIR DU SANG MATERNEL (Informations pratiques pour la réalisation du test)

AVANT TOUT ENVOI DU PRÉLÈVEMENT

- Vérifier les conditions du terme : > 10 semaines d'aménorrhée (SA) (terme échographique)
L'analyse est possible à partir de 7SA en cas d'hyperplasie congénitale des surrénales, mais la sensibilité du test est alors inférieure à 90%
- Prévenir le laboratoire
 - Secrétariat Service de Génétique et Biologie Moléculaires, poste 11227
 - Secteur Diagnostic Prénatal Non Invasif, poste 18259
 - Biologistes responsables, Dr France Leturcq poste 11619 et Dr Juliette Nectoux poste 11622

MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET DE TRANSPORT

- Prélever 30mL de sang sur tubes EDTA
- Laisser à température ambiante
- Le prélèvement doit impérativement arriver au laboratoire moins de 48h après à l'adresse suivante
Laboratoire de Génétique et Biologie Moléculaires
3^{ème} étage Pavillon Jean Dausset
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75014 Paris

DOCUMENTS À JOINDRE A TOUTE DEMANDE

- Formulaire de demande dûment complété et consentement signé *(obligatoire)*
- Compte-rendu de l'échographie de datation de grossesse *(souhaitable)*

RÉSULTATS

- Les résultats sont remis au médecin qui a prescrit l'analyse.
- Quel que soit le sexe du fœtus, le résultat devra impérativement être confirmé par une échographie et/ou un caryotype.