Hôpital de la Mère et de l'Enfant - 8, Av Larrey - 87042 Limoges

SERVICE DE CYTOGENETIQUE

Pr Catherine YARDIN
Dr Sylvie BOURTHOUMIEU - Dr Françoise ESCLAIRE - Dr Valentine MARQUET
Secrétariat : 05 55 05 86 55 – Fax : 05 55 05 86 54

ORDONNANCE – Examens de génétique prénatale

*Pour TOUT prélèvement : Joindre ce document complété et **signé au verso***

IDENTITE DE LA MERE : *Pour CHU : étiquette indispensable*

Nom : …… ……
Prénom : ……
Nom de naissance : ……..... ….
Née le : …….....

Adresse : ……
…… Tel : ……
N° de S.S.* : ……
Caisse* : ……

** A remplir obligatoirement*

IDENTITE DU PERE : Nom : …… Prénom : …… Né le : ……

PRELEVEMENT

*Avant tout prélèvement : prendre **rendez-vous** auprès du laboratoire 05 55 05 86 55*

N° d'échantillon
Case réservée au laboratoire

☐ LIQUIDE AMNIOTIQUE (minimum 15 ml)
☐ VILLOSITES CHORIALES
☐ SANG FŒTAL (minimum 2 ml)

Date du prélèvement :
Heure du prélèvement :

Terme ce jour :
Début de grossesse le :
Sexe fœtal :

INDICATION DU CARYOTYPE

INDICATIONS DONNANT LIEU A UNE PRISE EN CHARGE A 100%

➢ *Joindre la demande d'entente préalable dûment remplie et une photocopie de l'attestation de carte vitale de l'assuré(e)*

❑ **Risque de trisomie 21 ≥ 1/50 d'après le dépistage par les marqueurs sériques maternels** (selon dispositions de l'arrêté du 14 décembre 2018)
➢ *Joindre compte-rendu du test de dépistage*

❑ **Dépistage de trisomie 21 sur ADN libre circulant dans le sang maternel (ADNlc) positif**
➢ *Joindre compte-rendu des tests de dépistage (sérique et ADNlc)*

❑ **Dépistage de trisomie 21 sur ADN libre circulant dans le sang maternel (ADNlc) inexploitable**
➢ *Joindre compte-rendu des tests de dépistage (sérique et ADNlc)*

❑ **Anomalie chromosomique chez l'un des deux parents**
☐ père ☐ mère ➢ *Joindre résultat du caryotype*

❑ **Antécédent pour le couple de grossesse ou enfant avec caryotype anormal**
➢ *Joindre résultat du caryotype*

❑ **Clarté nucale ≥ 3,5 mm (dont hygroma) avant 13 SA +/- 6 jours** ➢ *Joindre compte-rendu d'échographie*

❑ **Signe d'appel échographique hors clarté nucale ≥ 3,5 mm** ➢ *Joindre compte-rendu d'échographie*

❑ **Autre :**

INDICATION HORS CONVENTION (caryotype non remboursé : 337,50 €)

❑ **Convenance personnelle**

EXAMENS DEMANDÉS

❑ Caryotype
❑ Recherche des aneuploïdies les plus fréquentes par FISH (chromosomes 13, 18, 21, X et Y)
❑ Analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA)
❑ Recherche de microdélétion par FISH ➢ *préciser :* …… ……
❑ Autre demande ➢ *préciser :* ……

NB : du matériel sera conservé pendant 1 an à titre systématique sous réserve de qualité et quantité suffisantes de l'échantillon primaire.

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

Grossesses antérieures (année de naissance, sexe, état de santé), FCS, IVG, FIV, ICSI, …
Grossesse actuelle : marqueurs sériques : type, risque; test ADNlcT21 (DPNI): résultat

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Joindre arbre généalogique si nécessaire

MEDECIN PRESCRIPTEUR	MEDECIN PRÉLEVEUR	MEDECIN CORRESPONDANT
Nom : *Adresse* *Service/UF* *Ou Tampon*	*Nom :* *Adresse* *Service/UF* *Ou Tampon*	*Nom :* *Adresse* *Service/UF* *Ou Tampon*

ATTESTATION DE CONSULTATION PREALABLE A UN EXAMEN DE GENETIQUE ET CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

Arrêté du 14 janvier 2014 – article R2131-2 du code de la Santé Publique

Je soussignée ……atteste avoir reçu du Docteur ……au cours d'une consultation médicale en date du …… :

1° Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2° Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal *in utero* qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :

- cet(ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales (placenta), de sang fœtal, ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- j'ai été informée que d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de
(préciser le type de prélèvement) :……..

Je consens également à l'examen ou aux examens pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué (*rayer la mention inutile)* :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte-rendu de l'examen.

Date : ……..

Signature du médecin
(obligatoire)

Signature de l'intéressée
(obligatoire)