

## ORDONNANCE - Analyse cytogénétique anténatale

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

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

Nom : ..... Adresse : .....  
Prénom : ..... Tel : .....  
Nom de naissance : ..... N° de S.S.\* : ..... \* A remplir  
Née le : ..... Caisse\* : ..... obligatoirement

**IDENTITE DU PERE :** Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....

### PRELEVEMENT

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

N° de rendez-vous

LIQUIDE AMNIOTIQUE (minimum 10 ml)       AUTRE :      Terme ce jour :  
 VILLOSITES CHORIALES      Date du prélèvement :      Début de grossesse le :  
 SANG FOETAL (minimum 2 ml)      Heure du prélèvement :      Sexe fœtal :

### INDICATION DU CARYOTYPE

#### INDICATIONS DONNANT LIEU A UNE PRISE EN CHARGE A 100%

➤ Joindre la demande d'entente préalable dûment remplie

➤ Joindre une photocopie de l'attestation de carte vitale de l'assuré(e)

**Risque de trisomie 21  $\geq$  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 la trisomie 21 sur ADN libre circulant dans le sang maternel positif**

➤ Joindre compte-rendu du test de dépistage

**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 augmentée (hors hygroma)** ➤ Joindre compte-rendu d'échographie

**Signe d'appel échographique** ➤ Joindre compte-rendu d'échographie

hygroma

autres SAE

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

**Convenance personnelle**

**Autre :**

### ANALYSES DEMANDÉES

CARYOTYPE  
 Recherche des aneuploïdies les plus fréquentes par FISH (chromosomes 13, 18, 21, X et Y)  
 Recherche de microdélétion par FISH ➤ préciser : .....  
 Conservation de cellules en culture pour envoi ➤ justifier impérativement le motif : .....  
 Autre : .....



## 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

Nom :  
Adresse  
Service/UF  
Ou Tampon

### MEDECIN PRÉLEVEUR

Nom :  
Adresse  
Service/UF  
Ou Tampon

### MEDECIN CORRESPONDANT

Nom :  
Adresse  
Service/UF  
Ou Tampon

## ATTESTATION DE CONSULTATION PREALABLE A UNE ANALYSE DE CYTOGENETIQUE ET CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

Arrêté du 19 février 2010 – articles R21-31-2 du code de la Santé Publique

Je soussignée .....atteste avoir reçu du  
Docteur\* .....au cours d'une consultation médicale :

#### 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 thérapeutiques.

#### 2° Des informations sur les analyses biologiques qui m'ont été proposées en vue d'établir un diagnostic prénatal *in utero*:

- sur les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales, de sang fœtal, nécessaire pour réaliser ces analyses ;
- sur la nécessité d'un second prélèvement en cas de mise en culture de cellules fœtales et d'échec de celle-ci (1) ;
- sur le fait que l'analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée dans mon cas ;
- sur le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit,

consens au prélèvement de (*préciser le type de prélèvement*) .....  
ainsi qu'à l'analyse ou aux analyses de :

- Cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire
- Génétique moléculaire

pour laquelle ou lesquelles ce prélèvement est effectué.

consens également à la conservation éventuelle de tout ou partie de ce prélèvement pour permettre la réalisation d'analyses complémentaires.

Cette (ou ces) analyse(s) sera(seront) réalisée(s) dans un établissement public de santé ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

Date : .....

Signature de praticien  
(obligatoire)

Signature de l'intéressée  
(obligatoire)

NB : Conformément au présent arrêté, le prescripteur conserve un original du consentement dans le dossier médical de la patiente et en remet une copie à la patiente.

(1) Ce deuxième prélèvement requiert un nouveau consentement

### Réservé au laboratoire

Acheminé par :  
 Service préleveur  
 Collecte CHU  
 Chronopost  
 Coursier externe :  
 Autre :  
Cotation : .....

Réception :  
- date :  
- heure :  
- par :

### Vérification conformité préanalytique :

LA	volume	aspect
Tube 1		
Tube 2		
Tube 3		

Documents  
 CONFORME  
 NON CONFORME  
Echantillons  
 CONFORME  
 NON CONFORME

Conformément à la loi, le résultat ne sera adressé qu'au(x) prescripteur(s).