

Date de prélèvement :

Heure du prélèvement :

NOM :

Prénom :

Née le :

Date de début de grossesse :

Age gestationnel  
le jour du prélèvement :  SA  J

Poids :

Tabac : Oui  Non

PMA : Oui  Non

Origine Géographique :

Europe/Afrique du Nord

Afrique Sub-saharienne

Antilles

Asie

Autre et Métisse

Grossesse Gémellaire : Oui  Non

Monochoriale  Bichoriale

Jumeau évanescent ou Réduction embryonnaire :

Date : Oui  Non

Antécédent de Trisomie 21 libre : Oui  Non

Dr Thierry CHIANEA

Laboratoire de Biochimie et Génétique Moléculaire  
CHU de Limoges  
2 avenue Martin Luther King  
87042 LIMOGES Cedex  
Tél : 05 55 05 88 03 Fax : 05 55 05 64 02

*Information, Demande et  
Consentement de la Femme Enceinte*

(En référence à l'article R.2131-1(6°) du code de la santé publique)

Je soussignée **Madame**.....

☛ atteste avoir reçu du

Docteur.....

au cours d'une consultation médicale :

1°) des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2°) 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 document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : .....

LBM (joindre la feuille de transfert)

Reçu le : Heure :  
Centrifugé : Oui  Non   
Conservation à 4°C : Oui  Non   
Départ le :

Tube primaire  Tube secondaire

**Echographie 1<sup>er</sup> trimestre :** Non faite

N° Identifiant de l'échographiste :

*Coller votre étiquette code-barres*

Date de l'échographie :

Si jumeaux, 2<sup>ème</sup> fœtus

Clarté nucale : mm | mm

LCC : mm | mm