

<b>CHECK LIST (Réservée au demandeur)</b> <input type="checkbox"/> <b>1 prélèvement fœtal</b> dans un <b>flacon stérile</b> à acheminer le plus rapidement possible à température <b>ambiante</b> (ou autre, à préciser) <input type="checkbox"/> Ce <b>bon</b> correctement rempli et <b>signé</b> par le prescripteur <input type="checkbox"/> <b>Information et consentement</b> de la femme enceinte (recto de ce bon) <input type="checkbox"/> <b>Examens justificatifs</b> pour les indications prises en charge par la sécurité sociale <input type="checkbox"/> Photocopie de la <b>carte de sécurité sociale</b> de la patiente	<b>CADRE RESERVE AU LABORATOIRE</b> Date de réception : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> à <input type="text"/> h <input type="text"/> Initiales du réceptionneur : <input type="text"/> <input type="text"/> Nombre de tubes : <input type="text"/> Quantité <input type="text"/> Aspect : ..... <b>Non-conformité</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Tubes non étiquetés <input type="checkbox"/> Quantité insuffisante <input type="checkbox"/> Absence de consentement <input type="checkbox"/> Autre : _____
---	---

Etiquette préanalytique

PRESCRIPTEUR (Senior)	PATIENTE
-----------------------	----------

 UF     Libellé service \_\_\_\_\_  
 Etablissement \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  
 Date de prescription  /  /   
 Signature (**obligatoire**) \_\_\_\_\_

 Nom usage \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance  /  / 

 Adresse de la patiente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Conjoint Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_

**PRELEVEUR**  
 UF     Libellé service \_\_\_\_\_  
 Etablissement \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom \_\_\_\_\_

SUIVI DE DOSSIER
------------------

<b>GENETICIEN</b> ..... Terme prévu par échographie <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>OBSTETRICIEN</b> ..... Age gestationnel <input type="text"/> Gestité <input type="checkbox"/>
---	---

ECHANTILLON
-------------

<b>Date de prélèvement</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>Heure de prélèvement</b> <input type="text"/> h <input type="text"/>	<b>URGENT</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Liquide amniotique <b>Quantité</b> <input type="text"/> mL	<b>Aspect</b> <input type="checkbox"/> citrin <input type="checkbox"/> brun <input type="checkbox"/> hématique	
<input type="checkbox"/> Villosités chorales <b>Quantité</b> <input type="text"/> mg	<b>Aspect</b> .....	
<input type="checkbox"/> Sang fœtal sur <b>héparine (bouchon vert)</b> – Joindre <b>impérativement</b> du sang maternel sur <b>EDTA (bouchon violet)</b>		

ANALYSE DEMANDEE
------------------

 **Caryotype** fœtal : 20mL de liquide amniotique (**30mL si SAE**) ou **15mg** de villosités chorales (B1250)
 

- Dépistage **positif** T21 fœtale par analyse de l'ADN libre circulant (ADNlc T21)
- Echec** de 2 examens consécutifs par ADNlc T21
- Signe d'appel biologique (**risque égal ou supérieur à 1/50**) :  Risque combiné du 1<sup>er</sup> trimestre  Marqueurs sériques du 2<sup>ème</sup> trimestre
- Anomalie chromosomique** parentale :  maternelle  paternelle préciser : .....
- Antécédent**, pour le couple, de grossesse avec caryotype anormal préciser : .....
- Signe d'appel échographique (SAE)** : anomalies morphologiques démontrées, RCIU avéré, anomalie de quantité de liquide amniotique
  - Préciser le(s) SAE : .....
  - **CGH-Array (ACPA)** réalisée **systématiquement** pour tout SAE (BHN2037)
  - Prélèvement **sang parents** sur EDTA **obligatoire** :  à joindre  déjà effectué

 **Age maternel** ≥ à 38 ans (si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun dépistage de la trisomie 21)  
 Indications **non prises en charge** (360€), préciser le contexte de la demande .....  
 **Culture** pour demande d'analyse autre que chromosomique (B1250)  
 **Recherche rapide des principales aneuploïdies (FISH/QSTPCR) : 5mL** de liquide amniotique supplémentaire
 

- Signe d'appel échographique (B500)
- Convenance personnelle (135€)

 **Analyse moléculaire**, préciser .....

 Le résultat ne sera adressé qu'aux médecins prescripteurs conformément au décret du 19 février 2010  
**(Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone)**

# INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE À LA RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT ET D'UNE OU DE PLUSIEURS ANALYSES EN VUE D'UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL IN UTERO

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, modifiée par Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Arrêté du 27 mai 2013. Recommandations de BP HAS « délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » mai 2012. Décret 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale

Je soussignée ..... reconnais avoir été informée par :

Docteur .....

Conseiller(ère) en génétique ..... sous la responsabilité du Dr.....

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 chorales (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 ;
- 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 de ou des examens de

- Liquide amniotique
- Villosités chorales
- Sang fœtal
- autre prélèvement fœtal (préciser) :

Je consens également à l'examen ou aux examens pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- examens cytogénétique, y compris si besoin les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique pour lesquels j'ai pris connaissance de la fiche d'information spécifique (ACPA/CGH)
- examens de génétique moléculaire
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue de diagnostic de maladies infectieuses.

J'autorise l'extraction d'ADN ou la conservation des cultures pour d'éventuelles analyses complémentaires (évitant un nouveau prélèvement), si l'équipe médicale le juge nécessaire. J'en serai informée.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisée(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 praticien  
ou de la conseillère en génétique

Signature de l'intéressée