



TEST DE DEPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL LIBRE CIRCULANT

Service de Cytogénétique Médicale CHU Estaing - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
Tel : 04 73 750 703 / 50 712 - Fax : 04 73 750 704

PATIENTE

Nom de Naissance :
Nom Usuel :
Prénom :
Adresse :
.....
Date de naissance :

PRESCRIPTEUR

Prescripteur	
Cachet	
RPPS :	
Tel :	
Date :	Signature :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

IMC (avant grossesse) : _____ Date de Début de Grossesse : _____ ATCD : G ___ P ___
Grossesse Unique : Oui
 Non préciser la chorionicité : _____
 Mort embryonnaire précoce d'un jumeau
CN : _____ mm (**Test contre-indiqué si $\geq 3.5mm$**) CN (2° fœtus) : _____ mm (**Test contre-indiqué si $\geq 3.5mm$**)
Fécondation in vitro : Oui Non Don d'ovocyte : Oui Non Nombre d'embryon : __

INDICATIONS (joindre obligatoirement le compte-rendu)

- Dépistage de la trisomie 21 **compris entre 1/10 et 1/1000** (NB : un geste invasif est préconisé en cas de dépistage $\geq 1/50$)
 - Dépistage combiné du 1° trimestre
 - Dépistage par marqueurs sériques du 2° trimestre seuls
- Antécédent de grossesse avec trisomie 21
- Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21
- Grossesse multiple
- Convenance personnelle (joindre accord préalable)

NB : Pour toute patiente ne relevant pas des indications citées ci-dessus, l'indication de prescription doit être discutée et validée avec un CPDPN (prise en charge du test non garantie à ce jour) :

- Autre Indication (joindre accord CPDPN)

CONTRE-INDICATION

- Oui Non : Signes d'appel échographique (SAE) y compris $CN \geq 3,5$

PRELEVEMENT

Réalisé le __ / __ / ____ Heure de prélèvement : __ h __ Préleveur :
Site de prélèvement (établissement) :

A prélever sur un tube STRECK (10ml) : tubes transmis sur demande par le service de cytogénétique du CHU
Prélèvement à conserver et à acheminer dans les 5 jours, à température ambiante