



ACCORD PREALABLE A LA REALISATION D'ACTES MEDICAUX ET D'EXAMENS BIOLOGIQUES POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Test sur ADN foetal libre circulant (ADNlc) de dépistage de la trisomie 21 (ADNlc T21)

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

Le Test sur ADNlc T21 **est remboursé** pour les **indications suivantes** :

- ✓ **risque de trisomie 21 foetale évalué par les MSM (marqueurs sériques maternels) compris entre 1/1.000 et 1/51** (© dépistage combiné du 1e trimestre – ou marqueurs sériques du 2e trimestre)
- ✓ **risque de trisomie 21 foetale évalué par les MSM \geq 1/50** si la femme enceinte opte pour le DPNI (*libre choix lui est laissé entre le geste invasif et le DPNI*)
- ✓ **antécédent de grossesse avec T21**
- ✓ **parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21**
- ✓ **grossesse multiple**

Si le test est demandé par la femme enceinte en dehors des indications ci-dessus mentionnées, le test lui sera facturé et elle devra alors en assurer le paiement en totalité conformément au code de la sécurité sociale, article L162-13-2. Il lui appartiendra alors d'interroger sa mutuelle pour un éventuel remboursement.

Je soussignée déclare avoir pris connaissance des indications relatives à la prise en charge des actes de biologie médicale en vue d'un test ADNlc T21.

Je ne rentre pas dans le cadre des indications pour lesquelles ce test est remboursé. Toutefois, **pour convenance personnelle**, je désire la réalisation d'un test ADNlc T21 et je m'engage donc à régler au CHU de Clermont-Ferrand les examens réalisés selon le devis suivant :

Forfait ADNlc T21 : 362,88 €

Le paiement devra être joint au prélèvement (chèque à l'ordre du Trésor Public) et accompagné d'une copie recto-verso de la carte d'identité

Clermont-Ferrand le :

Signature de la femme enceinte :