

PRESCRIPTEUR

Date : ____ / ____ / 20__

Tampon

Signature

PATIENTE

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Matricule _ _ _ _ _

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Date de début de grossesse : ____ / ____ / 20__

Nombre de foetus évolutifs : _____

Jumeau évanescent : Oui Non

Age gestationnel le jour du prélèvement :

Semaines : _____ Jours : _____

 Présence de signes d'appel échographiques
(joindre le compte rendu)**INDICATIONS CLINIQUES**

- Dépistage primaire Souhait parental
- Grossesse gémellaire
- Antécédent de grossesse avec trisomie
21, 18, 13 au sein du couple
- Parent porteur d'une translocation robertsonienne
impliquant le chromosome 21 ou 13
- Dépistage par les marqueurs sériques maternels :
- 1^{er} trimestre Risque 1/ _____
- 2^e trimestre

TEST DEMANDÉ**Dépistage trisomies 13,18 et 21**Je souhaite connaître le sexe de l'enfant à naître. Oui Non **CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

Je consens au test que j'ai choisi et confirme que j'ai été informée du but, de l'étendue et des limitations du test par mon professionnel de santé. Je comprends que c'est un test de dépistage pour des anomalies précises et que les résultats me seront remis par mon professionnel de santé. J'ai pu poser des questions et je comprends que je pourrai demander des informations complémentaires et un conseil génétique.

Je consens à l'utilisation sous forme anonymisée du prélèvement restant et des informations contenues à des buts de recherche ou de contrôle.

Je suis d'accord pour que mes données soient utilisées dans le but d'audits et de contrôle de qualité.

Date : ____ / ____ / ____

Signature Patiente

Date : ____ / ____ / ____

Signature Prescripteur

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je vérifie que l'information du patient et du prescripteur dans ce formulaire est complète et adaptée à mes connaissances et que j'ai demandé ce test selon mon jugement de sa nécessité médicale. J'ai indiqué les limites de ce test et répondu aux questions au mieux de mes compétences. Je comprends que le laboratoire peut avoir besoin d'autres informations et j'accepte de les transmettre si nécessaire.