

Service de Génétique et Biologie Moléculaires
Pr Michel VIDAUD

SITE COCHIN - Bâtiment Jean Dausset
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75014 Paris (France)
Standard : (+33) (0)1 58 41 41 41

Dr Juliette NECTOUX
Dr France LETURCQ
Secrétariat : 01 58 41 15 23
Fax : 01 58 41 15 80

Identité du sujet prélevé : (Étiquette)	Nom du médecin prescripteur : <u>Ecrire lisiblement</u>	Hôpital :	Nom du médecin préleveur :
NOM :
Prénom :	Service :	Tél :
Nom de naissance :	Tél :	Adresse :	Date d'envoi :/...../.....
Date de naissance :/...../.....	Signature (obligatoire) :	Ville :	Heure :

DIAGNOSTIC PRENATAL NON INVASIF DE L'ACHONDROPLASIE

Recherche des mutations récurrentes du gène FGFR3 c.1138G>A et c.1138G>C à partir de sang maternel

Feuille de prescription à faire remplir par le médecin prescripteur et à joindre au prélèvement

GROSSESSE ACTUELLE

DDR : **DDG :** (.....SA) Grossesse mono-fœtale Grossesse gémellaire

INDICATION :

.....
.....

Une amniocentèse est-elle prévue ? OUI NON

Date du prélèvement :

ATTESTATION ET CONSENTEMENT

Je soussigné, Dr certifie avoir reçu en consultation ce jour la patiente nommée ci-dessous et conformément à l'article R2131-2 du code de la santé publique avoir :

- ✓ évalué le risque pour son enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité,
- ✓ informé la patiente sur les caractéristiques de cette maladie, les moyens de la détecter, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse.

Après la consultation médicale prévue par l'article R2131-2 du code de la santé publique, je soussignée Madame déclare avoir reçu les informations suivantes :

- ✓ L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal rend nécessaire un prélèvement de sang.
- ✓ Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer par le Ministère de la Santé.
- ✓ Si la technique met en évidence une faible fraction d'ADN fœtal, un second prélèvement pourra être demandé.
- ✓ Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.
- ✓ Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse de Génétique moléculaire pour laquelle il est effectué.
- ✓ Je consens également à la conservation éventuelle de tout ou partie de ce prélèvement pour permettre la réalisation d'analyses complémentaires.

Je soussignée, Madame, **consens au prélèvement et à la réalisation de cette analyse.**

Fait à, le.....

Signature de la patiente

Signature du prescripteur

INFORMATIONS POUR LE PRESCRIPTEUR

Prévenir le laboratoire dès la programmation d'un diagnostic prénatal, puis dès l'envoi du prélèvement
Vérifier les conditions du terme : > 10 semaines d'aménorrhée (SA) (terme échographique)

MODALITES DE PRELEVEMENT ET D'EXPEDITION

- Prélever **3 tubes BCT** de 10 mL
- Laisser à **température ambiante**
- L'échantillon doit impérativement arriver au laboratoire **moins de 72h** après le prélèvement

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE

- Formulaire de demande dûment complété et consentement signé**
- Compte-rendu de la dernière échographie**