Pôle BIOSPHARM
C.H.U. La Milétrie BP 577 - 86021 POITIERS CEDEX

Exemplaire destiné au laboratoire

Dosage des marqueurs sériques maternels : estimation du risque de trisomie 21

PRESCRIPTEUR	**PATIENTE**
Nom :	Nom : Prénom :
	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :

Grossesse actuelle – Echographie

Echographiste : **N° identifiant :** I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Date de l'échographie : I_I_I_I_I_I_I (*joindre si possible une copie du compte-rendu de l'échographie*)

Début de grossesse échographique : I_I_I_I_I_I_I

LCC : I_I_I **CN :** I_I_I,I_I

Renseignements cliniques

Fumeuse : oui non **Origine géographique** : Europe, Afrique du nord, Afrique, Asie

Poids actuel : kg **Diabète insulino-dépendant** : oui non

Grossesse antérieure avec T21 libre : oui non **Nbre de fœtus :**

PMA : non oui FIV ICSI Don ovocyte (date de naissance donneuse : I_I_I_I_I_I_I

Information, demande et consentement de la femme enceinte

(en référence à l'article R.2131-1 du Code de la Santé Publique)

Je soussignée, **Mme** :……
atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme :……au cours d'une consultation médicale en date du :
des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :
- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- un calcul de risque de trisomie 21 est effectué ; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic ;
- le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal :
- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués,

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.
Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses 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 dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.
Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte-rendu de l'examen.
"Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant."

Date :

Signature du praticien : **Signature de l'intéressée**

LABORATOIRE
Date du prélèvement : Cachet du Laboratoire

Service de Biochimie : ***Tél. : 05 49 44 37 46 - Fax : 05 49 44 46 52***