

BON DE DEMANDE

Estimation du risque de trisomie 21 fœtale

Par l'étude des marqueurs sériques maternels - 1^{er} ou 2^{ème} trimestre

PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

Télé : Fax :

E-mail :

PATIENTE

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :/...../..... Télé :

E-mail :

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie :/...../.....

Longueur crano-caudale (LCC):, mm /Mesure clarté nucale(CN) :, mm

Date de début de grossesse déterminée par l'échographie :/...../.....

Ou à défaut : Date d'accouchement prévue :/...../.....

Nombre de fœtus : Si grossesse gémellaire : monochoriale bichoriale

Renseignements concernant la patiente et intervenant dans le calcul du risque :

- Poids de patiente :kg
- Fumeuse (arrêt depuis plus de 15 jours = non) ? oui non
- Diabète insulino-dépendant ? oui non
- Grossesse antérieure avec trisomie 21 libre ? oui non
- Origine géographique : Europe / Afrique du Nord Afrique sub-saharienne et Antilles Asie

Insuffisance rénale chronique : Autres :

DEPISTAGE :

1^{er} trimestre : risque combiné (PAPP-A + hCG β + CN)

Prélèvement entre :/...../..... et :/...../.....

2^{ème} trimestre : marqueurs sériques maternels sans CN

Double test (hCG β + AFP) Triple test (hCG β + AFP + uE3)

Prélèvement entre:...../...../..... et :...../...../.....

LABORATOIRE :

Prélèvement réalisé le :/...../..... àh.....min