LABORATOIRES B2A	**Estimation du risque de trisomie 21 fœtale par l'étude des marqueurs sériques maternels**	**FOR-MU-PREPO-190-v03** **Date d'application : 22/07/2024** **Visa Qualité : VAL**

Laboratoire B2A Epinal Saut-le-Cerf : 11 ch la Belle au Bois Dormant, 88000 Epinal
Praticiens autorisés : Dr G. LEFAURE - Dr B. LEFAURE – Dr P. FILHINE-TRESARRIEU
Contact : Tél 03 29 68 04 04 - Fax 03 29 68 49 59 - contact@b2a.fr

STRATEGIE DE DEPISTAGE

☐ 1e trimestre ◆ Dépistage combiné 1er trimestre (prélèvement **entre 11,0 et 13,6 SA**)
☐ 2e trimestre ◆ Dépistage par les seuls marqueurs sériques (prélèvement **entre 14,0 et 17,6 SA**)

PATIENTE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES *(obligatoires)*

Poids actuel de la patiente : _____ kg
Origine géographique : ☐ Europe/Afrique du Nord
☐ Afrique sub-sahar/Antilles
☐ Asie
☐ Autre : préciser _____

Tabac ☐ Oui ☐ Non
Diabète insulino-dépendant ☐ Oui ☐ Non
Grossesse antérieure avec trisomie 21 ☐ Oui ☐ Non
Grossesse gémellaire* ☐ Oui ☐ Non
** le test ADNlc (DPNI) est à proposer d'emblée*

préciser si nécessaire : ☐ FIV ☐ ICSI ☐ TEC ☐ Don d'ovocyte : âge de la donneuse ___
Date de ponction : _____ Date de transfert : _____

RENSEIGNEMENTS ECHOGRAPHIQUES *(obligatoires)*

Identifiant réseau périnatalité : |__.__.__|__.__.__|___|__.__.__.__|__.__|
Date de l'échographie : _____ Date de début de grossesse : _____
LCC [45-83,9] : _____ mm Clarté nucale : _____ mm

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE *(obligatoire)*

Je soussignée ..... atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (nom, prénom) ..... au cours d'une consultation en date du ..... des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :

- les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise ne charge des personnes porteuses de trisomie 21 ; le fait que cet examen permette d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- les modalités de cet examen ;
- 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 utilisables ;
- le résultat de cet examen est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être porteur de la trisomie 21. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en 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 <1/1000, il est considéré comme suffisamment faible pour arrêter cette procédure de dépistage et poursuivre une surveillance simple de la grossesse même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;

– si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;

– si le risque est ≥ 1/50 la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostique me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.
Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.
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 autorisé par l'agence régionale de santé 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.

Date : _____

Signature du professionnel de santé :	Signature de la patiente :

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

PRELEVEUR / LABORATOIRE *(1 tube sec centrifugé dans les 8h après le prélèvement)*

Nom : _____ Date du prélèvement : _____ Heure : _____