

**IMPORTANT : CHECK LIST AVANT ENVOI**

- Echantillon du patient : **tube Cell-Free DNA BCT (Streck)** (kit disponible sur demande auprès de notre laboratoire)
- Prescription médicale
- Attestation d'information et consentement dûment signés par la patiente ET par le prescripteur
- Copie du compte-rendu échographique du 1<sup>er</sup> trimestre (si non réalisée compte-rendu de la première échographie réalisée)
- Copie de tout document relatif à l'indication à la réalisation du test

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
Nom.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Cachet obligatoire</div>
Prénom.....	
Nom de naissance.....	
Adresse.....	
.....	
Date de naissance :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ _	
Taille et poids  _ _ _  (cm)  _ _ _  (kg)	Signature :
	Adresse e-mail :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

<p>Grossesse : <input type="checkbox"/> spontanée <input type="checkbox"/> obtenue par procréation médicalement assistée</p> <p>Date de début de grossesse échographique :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ _ </p> <p>Jumeau évanescent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><b>Echographie du 1er trimestre:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non réalisée (précisez motif) :</p> <p>Nombre d'embryons évolutifs :</p> <p><input type="checkbox"/> 1    Longueur crano-caudale        :  _ _ ,  _ _  mm           Mesure de la clarté nucale    :  _ ,  _  mm</p> <p><input type="checkbox"/> 2    Longueur crano-caudale        :  _ _ ,  _ _  mm           Mesure de la clarté nucale    :  _ ,  _  mm</p> <p>Chorionicité : .....</p>
---	--

**INDICATION : RAPPEL**

*Ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre. IL NE DOIT PAS ETRE PROPOSE en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique (nous contacter en cas de signes mineurs).*

- Dépistage primaire (marqueurs sériques maternels non réalisés)
- Dépistage par les marqueurs sériques maternels (**joindre compte-rendu**) : (**cocher chaque ligne**)
  - 1- Stratégie de dépistage :  combiné 1er trimestre     2e trimestre (marqueurs sériques « seuls »)
  - 2- Risque :  accru (>1/50) : 1/.....     intermédiaire (1/51-1/1.000) : 1/.....     Faible (<1/1.000) : 1/.....
- Age maternel supérieur ou égal à 38 ans n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques (terme >18 semaines d'aménorrhées)
- Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21 (**joindre compte-rendu**)
- Antécédent de grossesse avec trisomie 13, 18 ou 21 (**joindre compte-rendu**)
- Autre (**nous contacter**) : .....

**PRELEVEMENT SANGUIN**

Prélèvement  initial  contrôle    Date de prélèvement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|    Heure de prélèvement : |\_|\_| h |\_|\_|

N° Client : C |\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|    Cachet du laboratoire préleveur:

Facturation patiente  Non  Oui

*Partie réservée au Laboratoire Cerba*

Code nature : CFDS (sang total tube Streck)  
Code analyse : NIPS

*Etiquette dossier CERBA*