

Réservé Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

Date de prescription : _____

PATIENTE

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : _____
Adresse :
CP : _____ Ville :

PRESCRIPTEUR

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : _____
Ville :
Tél. : _____
Fax : _____
Email :
Signature : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES

Date de début de grossesse : _____
Nombre d'embryons évolutifs :
Nuque supérieure ou égale à 3,5mm à l'échographie du premier trimestre :
Si présence de signes d'appel échographiques, *préciser* :
Jumeau évanescent : ☐ OUI ☐ NON
Accord du CPDPN : ☐ OUI ☐ NON

Joindre impérativement une copie du compte rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre ou à défaut ultérieur au 1^{er} trimestre

RAISON DE LA PRESCRIPTION DU TEST ADNlc

☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels : ☐ 1^{er} trimestre ☐ 2^{ème} trimestre
Risque : 1/..... *Joindre impérativement une copie du compte rendu du résultat des marqueurs sériques.*
Si le risque est $\geq 1/50$ la réalisation d'un caryotype foetal d'emblée doit être proposée.
Un examen de dépistage ADNlcT21 pourra cependant être réalisé selon le choix éclairé de la femme enceinte.
☐ Grossesse gémellaire
☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 21
☐ Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21
☐ 1^{er} prélèvement (ADNlc) non informatif N° dossier Eurofins Biomnis (*sinon joindre le compte-rendu*) :

☐ Souhait parental
☐ Dépistage primaire
☐ Age maternel > 38 ans pour les patientes n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques
☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13
☐ Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21
☐ Profil atypique des marqueurs sériques maternels
☐ Autres :

Important

Ce test doit être prescrit **APRÈS** la réalisation de l'échographie du **1T**. Il ne doit pas être proposé en présence d'une hyper clarté nucale $\geq 3,5\text{mm}$ ou d'une autre anomalie échographique (**nous contacter en cas de signes mineurs**). Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

Documents OBLIGATOIRES à transmettre avec le prélèvement

- ☐ La prescription médicale
- ☐ Ce bon de demande dûment **renseigné et signé**
- ☐ L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, consignée par la patiente et le prescripteur
- ☐ Pour les analyses NR : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR (réf. D45 sur www.dpni-biomnis.com)

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39)
Nous mettons à votre disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur la boutique en ligne Biomnis Connect > Commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K39.

Prélèvement réalisé le : _____ à _____ h _____ min

☐ Facturation Laboratoire ☐ Facturation Patiente