

# EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE PAR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

1<sup>er</sup> trimestre (11.0 à 13.6 S.A.)  2<sup>ème</sup> trimestre (14.0 à 17.6 S.A.) Prélèvement à effectuer entre le ..... et le .....

## PATIENTE (items soulignés obligatoires)

**NOM** .....

**Prénom** .....

**Nom J.F.** .....

Tél.....

Adresse.....

**DATE DE NAISSANCE**  /  /

*Si don d'ovocyte* : date de la ponction d'ovocyte  /  /   
date de naissance ou âge de la donneuse .....

*Si transfert d'embryon congelé*, date de la congélation  /  /

**ORIGINE**  Europe / Afrique du Nord  Afrique subsaharienne / Antilles  
 Asie  Autre : .....

**POIDS au moment du prélèvement**  Kg

**TABAGISME** non  oui

**IMPORTANT** : Si arrêt pendant la grossesse, depuis quand ? .....

**ANTECEDENT DE TRISOMIE 21 (grossesses du couple) :**  
non  oui  si oui enfant ou fœtus avec T21 libre  T21 par translocation

Diabète non  oui  si oui, préciser .....

P.M.A. non  oui   
Si oui : stimulation ovarienne  IA  FIV  ICSI

NB ; en cas d'insuffisance rénale sévère, le calcul de risque par les marqueurs sériques est ininterprétable.

## ECHOGRAPHIE DU 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE (LCC entre 45 et 84 mm)

joindre le compte-rendu. A défaut renseigner les items ci-dessous :

**Réalisée le**  /  /

par : **Nom Prénom** : .....

Cachet ou coordonnées :

**N° identifiant échographiste à 13 chiffres** : (Numéro d'adhésion à un réseau de périnatalité, OBLIGATOIRE pour la prise en compte de la clarté nucale dans le calcul de risque)

**Nombre fœtus**

**Clarté nucale**  mm

**LCC**  mm  
(Herman : ...../9)

Grossesse multiple (MSM possibles uniquement au 2<sup>ème</sup> T)

	2 <sup>e</sup> fœtus	3 <sup>e</sup> fœtus
Clarté nucale	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
LCC	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm

. Nb sac(s) amniotique(s) .....

. Nb placenta(s) .....

. Si réduction embryonnaire ou jumeau évanescent, depuis quand ? .....

Intégration possible de la clarté nucale dans le calcul de risque : oui  non

**DATE ESTIMÉE DE DÉBUT DE GROSSESSE** :  /  /

## INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

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

Je soussignée ..... atteste avoir reçu du Médecin ou de la Sage-Femme (\*) (nom, prénom).....

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 résultats 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'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 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 chorales 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 maternels sera effectué dans un laboratoire 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 même document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date : ..... / ..... / .....

Signature du médecin  
ou de la sage femme

signature de l'intéressée

Cachet médecin / coordonnées sage-femme avec Téléphone, Fax

(\*) rayer la mention inutile

Information sur l'utilisation des données du calcul de risque : 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.

## LABORATOIRE

Cachet ou coordonnées, renseignements cliniques, traitement...

**Date de prélèvement** :  /  /  (indispensable)

vos références : .....

date d'envoi :  /  /