FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

DÉPISTAGE DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL CIRCULANT

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° Client : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **C /**⌊_⌋

Cachet obligatoire

PRÉLÈVEMENT

2 tubes de 10 mL sang total prélevé lentement sur tube Streck (disponible sur www.lab-cerba.com) Le tube doit être retourné doucement au moins 10 fois. L'échantillon doit parvenir au Laboratoire Cerba sous 5 jours maximun et ne doit PAS ETRE CONGELE.

Date de prélèvement ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Heure de prélèvement ⌊_⌊_⌋ h ⌊_⌊_⌋ min

S'agit-il d'un prélèvement :

☐ **Initial** *(1er prélèvement)* ☐ **de Contrôle** *(2nd prélèvement)*

PATIENTE

NOM ……

PRÉNOM ……

Nom de naissance ……

Adresse ……

CP …… Ville ……

Date de naissance ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Taille et poids : ⌊_⌊_⌊_⌋ (cm) ⌊_⌊_⌊_⌋ (kg)

PRESCRIPTEUR

NOM PRÉNOM ……

Adresse e-mail ……

Cachet obligatoire

Signature :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET RÉSULTATS ÉCHOGRAPHIQUES

Grossesse : ☐ Spontanée

☐ Obtenue par procréation médicalement assistée

Date de début de grossesse échographique :

⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Jumeau évanescent : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Anomalie échographique : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Echographie du 1er trimestre : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

☐ Non réalisée (précisez motif) : ……

Nombre d'embryons évolutifs :

☐ 1 Longueur cranio-caudale ⌊_⌊_⌋,⌊_⌋ mm

Mesure de la clarté nucale ⌊_⌋,⌊_⌋ mm

☐ 2 Longueur cranio-caudale ⌊_⌊_⌋,⌊_⌋ mm

Mesure de la clarté nucale ⌊_⌋,⌊_⌋ mm

Chorionicité :……

INDICATION

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

Risque accru de trisomie 21 ou grossesse multiple :

☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21

☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 21

- ☐ Libre et homogène
- ☐ Autre Joindre impérativement le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique : ……

☐ Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple

☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000 :

☐ Combiné 1erTrimestre ☐ 2ème trimestre Risque 1/……

Autres indications (HN*) :

☐ 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

Joindre impérativement le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique : ……

☐ Dépistage primaire chez une femme n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques

☐ Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 :

☐ Combiné 1erTrimestre ☐ 2ème trimestre Risque 1/……

☐ Autres : ……

FACTURATION

☐ Prise en charge à la NABM *prélèvement initial : B1344*
2nd prélèvement : B1345

☐ HN*: 407 € *(joindre impérativement un chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba)*

Partie réservée au Laboratoire Cerba : **Code nature : CFDS (sang total tube Streck)**
Code analyse : NIPS

Etiquette dossier Cerba