



**ESTIMATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE**  
 Par l'étude des marqueurs sériques maternels- 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestres  
 Biologistes agréés : Dr C. BERCHICHE, Dr F. BOLOS, Dr S. BERCHICHE  
 92 bis route de Bram 11000 CARCASSONNE  
 Tél : 04.68.11.91.00 Fax : 04.68.11.91.09

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

N° ADELI : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... Fax : .....

**ECHOGRAPHISTE**

N° d'identification (***obligatoire***) : .....  
 Réseau périnatalité : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... Fax : .....

**PATIENTE**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... **Date de naissance** : ...../...../.....

**DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21**

Date de l'échographie : [ ] [ ] [ ] **Joindre le compte rendu de l'échographie**

CN (*clarté nucale*): [ ] mm

LCC (*longueur cranio-caudale*) [ ] *doit être entre 45 et 84 mm (arrêté du 23/06/2009)*

Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : [ ] [ ] [ ]

Nombre de fœtus [ ] *Si grossesse gémellaire :*  *monochoriale*  *bichoriale*  
 CN (J2).....mm LCC(J2).....mm

Poids de la patiente [ ] kg

Fumeuse ?  Oui  Non  
 Diabète insulino-dépendant ?  Oui  Non  
 Grossesse antérieure avec trisomie 21 ?  Oui  Non

**Origine géographique**

Europe, Afrique du Nord  Afrique subsaharienne, Antilles  
 Asie  Autres :

**STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE (case à cocher)**

1<sup>er</sup> trimestre : risque combiné (PAPP-A + βhCG libre + CN)  
*(Prélèvement entre 11 et 13 S.A et 6 jours) à prélever impérativement au laboratoire*

2<sup>ème</sup> trimestre : risque séquentiel intégré (hCG + AFP + CN)  
*(Prélèvement entre 14 S.A et 17 S.A et 6 jours)*

2<sup>ème</sup> trimestre : marqueurs sériques maternels sans CN ( hCG + AFP )

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

**Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 [6e] du code de la santé publique).**

Je soussignée.....  
**atteste avoir reçu du docteur :**

.....  
 au cours d'une consultation médicale :  
 1° Des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2° Des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée : un calcul de risque 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 exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ; 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, notamment de la trisomie 21 :

-si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;  
 - si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang foetal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype foetal 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.

**consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.**

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.  
 L'original du présent document est conservé dans le dossier médical de la patiente.  
 Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses.  
 L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date.....

[ Signature du praticien ]

[ Signature de la patiente ]