

## **INFORMATIONS GENERALES AVANT LE PRELEVEMENT**

### **MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS AU 1<sup>ER</sup> OU 2<sup>ND</sup> TRIMESTRE DE LA GROSSESSE**

#### **ÉCHOGRAPHISTE / PRESCRIPTEUR**

- 1 - Informer la patiente
- 2 - Renseigner les coordonnées
- 3 - Renseigner les données échographiques et remplir la fiche de renseignements cliniques
- 4 - Choisir la stratégie de dépistage
- 5 - Signer le formulaire au verso
- 6 - Faire signer le consentement par la patiente
- 7 - Conserver une copie du consentement signé par la patiente

#### **INFORMATION PATIENTE**

- 1 - Lire l'information
- 2 - Signer le consentement
- 3 - Faire pratiquer le prélèvement sanguin dans votre laboratoire habituel

**NB : Les échantillons et les données seront traités de façon anonyme**

#### **Modalités de dépistage**

##### **Dépistage combiné au 1er trimestre**

Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A : **le plus tôt possible après l'échographie**

Grossesse monofoetale **uniquement**

Renseignements échographiques joints

##### **Marqueurs sériques maternels au 2nd trimestre**

Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A

**DONNEES CLINIQUES ET CONSENTEMENT**

**ÉCHOGRAPHISTE (renseignements obligatoires)**

N° d'identification Clé :  
 N° Réseau  
 Nom :  
.....  
 Prénom :  
.....  
 Adresse :  
.....  
 Ville : .....

Date de naissance de la patiente :  
 Date échographie :  
 Longueur crano-caudale :           mm  
 Mesure clarté nucale :               mm  
Si don d'ovocytes, année de naissance de la donneuse :  
Si transfert d'embryon congelé, date de congélation :  
 Jumeau évanescent : Oui       Non  
 Perte fœtale : Oui   Non Si oui, à .....SA

**PRESCRIPTEUR (renseignements obligatoires)**

N° d'identification Clé :  
 Numéro RPPS :  
.....  
 Nom :  
.....  
 Prénom :  
.....  
 Adresse :  
.....  
 Ville : .....

Date de début de grossesse : *(confirmée par l'échographie)*  
 Nombre de fœtus :  
 Poids de la patiente : kg *(au moment du prélèvement)*  
 Antécédent au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :  
- Trisomie 21 : Oui       Non  
- Non-fermeture du tube neural : Oui       Non

Fumeuse : Oui       Non  
 Origine géographique :  
Europe/Afrique du Nord   Afrique sub-saharienne  
Antilles   Asie   Autre  
 Insuffisance rénale : Oui       Non  
 Diabète insulino-dépendant : Oui       Non

**STRATÉGIE DE DÉPISTAGE CHOISIE (case à cocher)**

Dépistage combiné au 1er trimestre  
Grossesse monofoetale **UNIQUEMENT**, Renseignements échographiques obligatoires  
Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A. (juste après l'échographie)  
Soit entre et le..... Et le .....

Marqueurs sériques maternels au 2ème trimestre  
Renseignement de la DDG obligatoire  
Prélèvement entre le 14,0 et 17,6 S.A.  
Soit entre et le ..... Et le .....

**PATIENTE : COORDONNÉES – INFORMATION – CONSENTEMENT**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Ville : .....

Je soussignée,

.....  
atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin  
généticien (nom, prénom)  
.....

.....  
au cours d'une consultation médicale en date du.....  
des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :  
les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que sur les modalités de prise en charge des personnes porteuses de la trisomie  
21 ; le fait que cet examen permette  
d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;  
les modalités de cet examen :  
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 données de l'échographie prénatale du  
premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et utilisables ;  
Le résultat de cet examen est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être porteur de la trisomie 21. 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  $<1/1000$ , il est considéré comme suffisamment faible pour arrêter cette procédure de dépistage et  
poursuivre une surveillance simple de la grossesse même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être  
atteint de l'affection ;
- Si le risque est compris entre  $1/51$  et  $1/1000$  : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le  
sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
- Si le risque est  $>1/50$  la réalisation d'un caryotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen  
nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.

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  
document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Le laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé dans lequel exerce le praticien ayant effectué  
les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu  
de l'examen.

Signature médecin

sage-femme ou conseiller en génétique

Signature de l'intéressée

Date : .....

Date : .....

Date : .....