

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**N° RPPS :  Clé Nom :  Prénom : Adresse : CP :  Ville : Tél :  Fax : Cachet  
du prescripteurRéservé  
Laboratoire Biomnis  
Étiquette code-barre**ECHOGRAPHISTE**N° d'identification : Nom :  Prénom : Adresse : CP :  Ville : Tél :  Fax : Étiquette  
échographe**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 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.

► 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 mon dossier médical.

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

**PATIENTE**Nom :  Prénom : Adresse : Tél : Date de naissance : **DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21**Date de l'échographie : CN :  mm LCC :  mm (doit être entre 45 et 84 mm)Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : Ou à défaut : Date d'accouchement prévue :  (à 40,3 SA)Date des dernières règles : Nombre de fœtus  si grossesse gémellaire (uniquement si les 2 fœtus  $\geq$  14.0 SA) monochoriale  bichoriale CN (J2)  mm LCC(J2) :  mm**Renseignements concernant la patiente et intervenant dans le calcul du risque :**■ 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 sub-saharienne et Antilles Asie Autres (métisses par ex.) : **Commentaires :** Jumeau évanescent (perte fœtale à ..... SA)  Insuffisance rénale chronique Don d'ovocyte - Age de la donneuse :  ans Autres : **PRESCRIPTION** 1<sup>er</sup> trimestre : risque combiné (PAPP-A +  $\beta$ hCG libre + CN)Prélèvement entre  et  2<sup>ème</sup> trimestre : risque séquentiel intégré Double test (hCG + AFP + CN)  Triple test (hCG + AFP + uE3 + CN) 2<sup>ème</sup> trimestre : marqueurs sériques maternels sans CN Double test (hCG + AFP)  Triple test (hCG + AFP + uE3)Prélèvement entre  et **LABORATOIRE**Prélèvement réalisé le

## ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

**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 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.

► **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 mon dossier médical.

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 médecin

Signature de la patiente

## ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

**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 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.

► **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 mon dossier médical.

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 médecin

Signature de la patiente