



Document type remis aux futures mamans en France dans le cadre légal du dépistage de la trisomie 21. Disponible sur le site projetdenaissance.com en complément de [l'article d'information](#) dont le but est de permettre aux parents de faire leur choix en conscience.

HOPITAL HHHHHHHH VILLE VVVVVV

ECHOGRAPHISTE
Docteur XXXXXXXX
Numéro identification *****
Numéro réseau *****

PRESCRIPTEUR
Docteur XXXXXXXX
Numéro identification *****
Numéro RPPS *****

Date échographie : Antécédents au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :
Longueur cranio-caudale :
Mesure de la clarté nucale : Trisomie 21 : non oui Tabac : oui non
Date début de grossesse : Non fermeture du tube neural : non oui
Poids de la patiente : Origine : caucasienne africaine asiatique mixte

PRESCRIPTION DU DEPISTAGE :
Dépistage combiné au 1^{er} trimestre entre et le (entre 11,0 et 13,6 SA)
Dépistage séquentiel intégré au 2^{ème} trimestre entre le et le (entre 14 et 17,6 SA)
Marqueurs sériques maternels au 2^{ème} trimestre entre le et le (entre 14 et 17,6 SA)

DATE : SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR :

Emplacement vignette d'identification de la patiente avec code barre, nom, nom de jeune fille, prénom, âge, date de naissance, sexe, date de prescription, et numéro de dossier.

ADRESSE :
CONSENTEMENT :

Je soussignée, Mme XXXXXXXXXX

- atteste avoir reçu du docteur XXXXXXXX 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 chorales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat de 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 expliquées.

- 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 autorisée à les pratiquer. Le docteur XXXXXXXX conserve l'original du présent document.

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 :

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES : N° DE CORRESPONDANT :
Date de prélèvement : FACTURATION : votre laboratoire / patiente / tiers payant CACHET :