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

1 tube 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

Numéro RPPS (obligatoire) : ……

Cachet obligatoire

Adresse e-mail : ……

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

Le laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire. Nous traitons ces données pour les finalités suivantes : réalisation des analyses, interprétation et transmission des résultats, gestion administrative du laboratoire, fins scientifiques ou de contrôle et le cas échéant, anonymisation des données. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre référent à la protection des données (RPD) en écrivant à : rpd.cerba@lab-cerba.com / *CERBA – RPD – Parc d'activités Les Béthunes –7/11 Rue de l'Equerre – 95 310 Saint-Ouen-l'Aumône. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, rendez-vous sur le site* www.lab-cerba.com, *onglet « Données Personnelles»*