CHU Hôpitaux de Bordeaux

EVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN - TRIPODE
Dr. A. GEORGES-WALRYCK – Dr. J.BROSSAUD Tél. 05 24 54 90 97
LABORATOIRE Tél. 05 24 54 90 34

Autorisation ministérielle pour le dépistage de la TRISOMIE 21 : JO 2006-1661 du 22/12/2006

STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE

1er trim. Risque combiné (PAPP-A + βhCG libre + CN)
Prélèvement entre 11 + 0j et 13 + 6j S.A.
Soit entre le ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ et le ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

2nd trim. Risque séquentiel intégré (hCG + AFP + CN)
Marqueurs sériques maternels sans CN
Prélèvement entre 14 + 0j et 17 + 6j S.A.
Soit entre le ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ et le ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

ECHOGRAPHISTE

N°d'Id Réseau ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
(zone obligatoirement renseignée pour le calcul du risque)

CACHET

PRESCRIPTEUR

CACHET

IDENTIFICATION DE LA FUTURE MAMAN

Nom de jeune fille : ……
Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Adresse : ……
……
Tél. : ……

DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE

Date de l'échographie fœtale (1er trim.): ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Date de début de grossesse, déterminée par échographie : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Nombre de fœtus : 1 2 autres ……..

Longueur cranio-caudale (LCC) ⌊_⌋⌊_⌋,⌊_⌋ mm
(doit être entre 45 et 84 mm)

Clarté nucale ⌊_⌋⌊_⌋,⌊_⌋ mm

Renseignements intervenant dans le calcul du risque :

Poids de la patiente : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ kg

Fumeuse ? oui non

Diabète ? oui non insulino-dépendant

Grossesse antérieure avec trisomie 21 ? oui non

Origine géographique:
☐ Europe/Afrique du nord
☐ Afrique sub saharienne/Antilles
☐ Asie
☐ Autres dont personnes métisses

LABORATOIRE

Prélèvement réalisé le : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Nom du préleveur : ……

* Ce service hospitalier dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service. Les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit ainsi que pour les données administratives, au service de facturation. Vous pouvez obtenir communication des données vous concernant * en vous adressant au responsable de cet établissement
Tout médecin désigné par vous peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical.
Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

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 médecin ou de la sage-femme(*) (nom, prénom) :
.....
au cours d'une consultation médicale en date du : ……
des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :
• cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
• 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 que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas a 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 faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre 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.

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

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé 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 dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul du risque.
Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul du risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen

Date : .....

Signature du médecin ou de la sage-femme *

Signature de l'intéressée

(*) Rayer la mention inutile

Ce feuillet ne tient pas lieu de prescription