

Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) de la trisomie 21 Prescription et Renseignements clinico-biologiques

Identification PATIENTE

Nom : Prénom : DDN :	<i>Etiquette patiente CHU Montpellier</i>
------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Prescription médicale

Nom : Prénom : Téléphone : Mail :	<i>Cachet prescripteur avec adresse complète</i>
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Renseignements concernant la grossesse

Taille : cm Poids : kg

Date de début de grossesse : / /

Type de dépistage de la trisomie 21 réalisé :

Dépistage combiné du 1^{er} trimestre

Dépistage séquentiel intégré
(CN 1^{er} trimestre + marqueurs 2^{ème} trimestre)

Marqueurs sériques du 2^{ème} trimestre seuls

« J'atteste avoir donné à la patiente les informations mentionnées l'article R2131-2 du CSP au décours d'une consultation. »

Date : / /

Signature prescripteur :

S'agissant de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne, il est indispensable de fournir le **consentement signé** de la patiente ou une lettre attestant de la possession de ce document par le prescripteur.

Indication au DPNI au CHU de Montpellier

 *Toute demande sans indication médicale sera systématiquement rejetée*

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risque de trisomie 21 fœtale sur MSM $\geq 1/1000$ | } | Joindre obligatoirement
le résultat du dépistage
= compte-rendu <u>signé</u> du
laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs sériques atypiques : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> β-HCG ≥ 5 MoM <input type="checkbox"/> PAPP-A $\leq 0,25$ MoM <input type="checkbox"/> β-HCG $\leq 0,5$ MoM et PAPP-A $\leq 0,5$ MoM | | |
| <input type="checkbox"/> Antécédent pour le couple de grossesse avec trisomie 13, 18 ou 21. | | |
| <input type="checkbox"/> Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 13 et/ou 21. | } | Joindre obligatoirement
le résultat du caryotype
= compte-rendu <u>signé</u> du
laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Patiente de plus de 38 ans sans estimation du risque de trisomie 21 sur MSM. | | |
| <input type="checkbox"/> Clarté nucale $\geq 95^{\text{ème}}$ percentile et $< 99^{\text{ème}}$ percentile :
Joindre <u>obligatoirement</u> le compte-rendu de l'échographiste | | |

LCC (mm)	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
99 ^{ème} p (mm)	2.7	2.7	2.7	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9

LCC (mm)	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
99 ^{ème} p (mm)	2.9	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.2	3.2

LCC (mm)	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
99 ^{ème} p (mm)	3.2	3.2	3.2	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4

Indication retenue par le CPDP ou avis généticien : _____

Liste des contre-indications

- Signe d'appel échographique
- Grossesse gémellaire
- Jumeau évanescent
- Réduction embryonnaire
- Don d'ovocyte
- Processus tumoral ou cancer
- Allogreffe
- Parent porteur d'une anomalie chromosomique autre qu'une translocation robertsonienne.
- Patiente ayant bénéficié d'un des traitements suivants lors des 3 derniers mois :
 - transfusion sanguine
 - thérapie cellulaire/immunitaire
 - radiothérapie