

**Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

UF de Cytogénétique Chromosomique et Moléculaire- Nouvel Hôpital Civil

1 Place de l’hôpital - 67091 STRASBOURG Cedex

🕿 03 69 55 02 77 ou 78 ; Fax : 03 69 55 18 94

Email : [labocyto@chru-strasbourg.fr](mailto:labocyto@chru-strasbourg.fr) site internet : http://www.chru-strasbourg.fr/poles/Biologie

|  |
| --- |
| **Feuille de demande**  **Dépistage prénatal non invasif (DPNI) des trisomies 13, 18 et 21**  **par analyse de l’ADN libre circulant** |

**PATIENTE MEDECIN PRESCRIPTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM, Prénom :  Nom de naissance :  Née le :  Adresse : | Nom du prescripteur :  Adresse :  E mail :  *Signature*  Fax :  Date de prescription : |

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ECHOGRAPHIQUES :**

**Prélèvement à ne réaliser qu’après 10 semaines de grossesse (ou 12 SA) et en l’absence de signes d’appel échographique**

**Il ne doit pas être proposé en cas de nuque > 3, 5 mm.**

|  |  |
| --- | --- |
| Poids de la patiente :................... Taille : ..............  Date de début de la grossesse (DDG) : ...........................  Nombre d’embryons évolutifs : ..............................  Présence d’un embryon évanescent: 🗖 non 🗖 oui  *(si oui, le prélèvement doit être effectué à distance de l’arrêt d’évolution)* | Echographie du 1er trimestre :  Mesure de la clarté nucale : ...........................................  Présence de signes d’appel à l’échographie : 🗖 non 🗖 oui  *si oui joindre obligatoirement le CR de l’écographie* |

**Les prescriptions pour convenance personnelle ne seront pas prises en charge par notre laboratoire**

**Indications prises en charge par la sécurité sociale**

*Risque estimé*

🗖 Dépistage sérique de la trisomie 21 risque > 1/1000 *(Joindre obligatoirement la copie du résultat du dépistage)*

🗖 ATCD de grossesse avec trisomie 21

🗖 Translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21 chez un parent

🗖 Premier prélèvement DPNI non informatif *(joindre le CR)*

**Indication non prise en charge par la sécurité sociale (le test ne sera pas facturé à la patiente par notre laboratoire)**

🗖 Risque accru de trisomie 13 ou 18 avec avis du CPDPN : (Préciser )

**PRELEVEMENT : merci de nous contacter pour avoir des tubes Streck® à disposition (**[**labocyto@chru-strasbourg.fr**](mailto:labocyto@chru-strasbourg.fr)**)**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM, Prénom du préleveur : ...................................................  Qualité du préleveur  : ................................................... | Date  du prélèvement : ...................................................  Heure : .................................................................. |

**DOCUMENTS A JOINDRE AU PRELEVEMENT**

🗖 La prescription médicale 🗖 Ce bon complété 🗖 L’attestation d’information complétée