biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Réservé
Laboratoire Biomnis
Etiquette code-barre

Dépistage Prénatal Non Invasif des trisomies 13, 18 et 21

Afin d'évaluer la pertinence du test au regard du dossier de la patiente, nous invitons le prescripteur à prendre contact avec les biologistes en charge de l'examen au sein du Laboratoire Biomnis au 04 72 80 25 99.

PRESCRIPTEUR

N° RPPS : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

Email : .....

Cachet du prescripteur

PATIENTE

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Adresse : ..... CP : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Tél : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Taille ☐☐☐ cm Poids : ☐☐☐,☐ kg

Prise de médicaments : .....

Date de début de grossesse : ☐☐/☐☐/☐☐

Fécondation *in vitro* : ☐ Oui ☐ Non Date d'implantation : ☐☐/☐☐/☐☐

INDICATIONS

☐ Marqueurs sériques maternels (risque supérieur ou égal à 1/250) sans hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure au 95e percentile) ou autre anomalie échographique :

- ☐ Dépistage combiné au 1er trimestre - *Joindre la copie du résultat*
- ☐ Dépistage séquentiel intégré au 2e trimestre - *Joindre la copie du résultat*
- ☐ Dépistage au 2e trimestre par les marqueurs sériques maternels « seuls » - *Joindre la copie du résultat*

☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 13, 18 ou 21 - *Joindre la copie du résultat*

☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'un réarrangement équilibré impliquant les chromosomes 13,18 ou 21. *Joindre la copie du résultat*

☐ Grossesse gémellaire sans hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure 95ème percentile) ou autre anomalie échographique. *Nous contacter*

☐ Autre : ..... - *Nous contacter.*

LABORATOIRE

Ce test nécessite un kit de prélèvement spécifique qui vous est transmis sur demande.

Merci de prendre contact avec le secrétariat de génétique constitutionnelle au 04 72 80 25 78 pour recevoir le kit et organiser l'acheminement de l'échantillon au Laboratoire Biomnis (ramassage sur appel si nécessaire).

Prélèvement réalisé le ☐☐/☐☐/☐☐ à ☐☐ h ☐☐ min.

☐ **Facturation Laboratoire** ☐ **Facturation Patiente***

**Joindre impérativement le chèque de règlement de 650€ à l'ordre du Laboratoire Biomnis*

Imprimer le formulaire