

**Joindre à tout prélèvement transmis au laboratoire le consentement de la patiente et l'attestation de consultation**

**A acheminer dans les sachets verts Génétique HUMAINE Laborizon Centre (TA)**

PATIENTE			
NOM	Adresse		
Prénom			
Nom de naissance	CP _____	Ville	
Date de naissance    __/__/____	téléphone    _____		
Médecin Prescripteur		Médecin Préleveur si différent	
NOM	NOM		
Prénom	Prénom		
Adresse	Adresse		
CP _____ Ville	CP _____ Ville		
Téléphone    _____	Téléphone    _____		
Fax    _____	Fax    _____		
Grossesse actuelle :		DDR: __/__/____	DDG: __/__/____
Echographie 1er trimestre	Date: __/__/____	LCC: _____ mm	Clarté nucale: _____ mm
	<input type="checkbox"/> Grossesse monofoetale	<input type="checkbox"/> Grossesse multiple, nombre de fœtus: ____	
Dépistage:	Marqueurs sériques T21: risque 1/_____		
	Recherche aneuploïdie sur ADN fœtal circulant (DPNI) : _____		
Observations:			
INDICATION DU PRELEVEMENT			
<input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique, préciser (joindre une copie du compte rendu d'échographie)			<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Dépistage de la trisomie 21 par marqueurs sériques (et autres aneuploïdies) (joindre le résultat)			
<input type="checkbox"/> Suspicion d'aneuploïdie sur analyse ADN fœtal circulant / DPNI (joindre le résultat)			
<input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique parentale, préciser (joindre le résultat)			
<input type="checkbox"/> ATCD de grossesse avec caryotype fœtal anormal, préciser (joindre le résultat)			
<input type="checkbox"/> Convenance personnelle (hors nomenclature: BHN1200 et/ou BHN500 si FISH)			
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
NATURE DU PRELEVEMENT			
Date de ponction: __/__/____	Heure de ponction : ____ h ____ min	terme : _____ SA	
<input type="checkbox"/> <b>Villosités choriales</b> <small>(dans milieu de culture, contacter le laboratoire)</small>	<input type="checkbox"/> <b>Liquide amniotique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sang fœtal</b> <small>(sur tube hépariné sans gel séparateur)</small>	
Nombre de tubes (par fœtus):	Nombre de flasques (par fœtus):	Nombre de tubes (par fœtus):	
Quantité fœtus 1:            mg	Volume fœtus 1:            ml	Volume fœtus 1:            ml	
Quantité fœtus 2:            mg	Volume fœtus 2:            ml	Volume fœtus 2:            ml	
NATURE de L'ANALYSE CYTOGENETIQUE DEMANDEE			
<input type="checkbox"/> Caryotype fœtal			<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Aneuploïdie détectée par FISH interphasique (13, 18, 21, X, Y)			
<input type="checkbox"/> Aneuploïdie détectée par FISH interphasique <b>HORS NOMENCLATURE</b> (13, 18, 21, X, Y) ( <b>BHN500</b> )			
<input type="checkbox"/> Recherche de syndrome microdélétionnel / microduplicationnel par FISH (préciser)			
<input type="checkbox"/> Recherche d'autre anomalie par FISH (préciser)			
AUTRE ANALYSE PRESCRITE À TRANSMETTRE OU TRANSMISE (contacter le laboratoire)			
<input type="checkbox"/> Biochimie fœtale sur LA (dont discordance de poche si grossesse biamniotique)			<u>Précisions:</u>
<input type="checkbox"/> Diagnostic de maladies infectieuses: préciser			
<input type="checkbox"/> Analyse moléculaire: préciser			

**LABORIZON CENTRE - BIOGROUP**

3-19 rue Alexandre Minkowski – 37175 Chambray-lès-Tours

**Secteur GENETIQUE HUMAINE**Tél : 02.47.74.35.90 Fax : 02 47 74 65 12 [www.laboplus.fr](http://www.laboplus.fr)

Secteur cytogénétique	cytogenetique.abo@biogroup.fr
Docteur Mélanie JIMENEZ	melanie.jimenez@biogroup.fr
Docteur Agathe PAUBEL	agathe.paubel@biogroup.fr

**RENSEIGNEMENTS PRE-ANALYTIQUES**

La prescription d'une analyse de cytogénétique en prénatal est réglementée par les articles R2131-1 et R2131-2 du code de la santé publique. Tout prélèvement doit être accompagné :

- ⇒ Du **bon d'examen** de cytogénétique prénatale complété
- ⇒ De **l'attestation de consultation** du médecin et du **consentement** de la patiente à la réalisation d'un diagnostic prénatal in utero **complété, daté et signé** par le médecin prescripteur et la patiente
- ⇒ De l'exemplaire original de la **prescription médicale**
- ⇒ Du **compte rendu d'échographie** du premier trimestre
- ⇒ Du document justifiant l'indication de l'examen :
  - Compte rendu d'échographie
  - Résultat du dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques
  - Résultat du dépistage d'aneuploïdies sur ADN fœtal circulant (DPNI)
  - Résultat d'analyse cytogénétique du cas index (caryotype fœtal d'une précédente grossesse ou caryotype d'un des parents)
- ⇒ **Demande d'entente préalable** des examens de biologie médicale (cerfa n°10128\*04)

**NATURE DU PRELEVEMENT**

- ✓ **Villosités choriales** : 20 mg, au minimum, dans des tubes stériles remplis de milieu de culture (disponibles au laboratoire sur demande)
- ✓ **Liquide amniotique** :
  - **Caryotype** : 1 ml/SA (minimum 15 ml) dans des flasques stériles (disponibles au laboratoire)
  - **FISH** : 3 à 5 ml supplémentaire
- ✓ **Sang fœtal** : 2 à 5 ml dans un tube vacutainer héparinate de lithium ou sodium **sans gel séparateur**.
- ✓ En cas de demande d'examen de biologie moléculaire, de maladie infectieuse ou de biochimie fœtale, **contacter le laboratoire AVANT LE PRELEVEMENT** (quantité de matériel à prélever, prélèvement des parents...)
- ✓ **Conservation et acheminement à température ambiante (15-30°C)**
- ✓ Les prélèvements doivent être acheminés au laboratoire dans les **24 heures** avec une réception du lundi au **vendredi MIDI**
- ✓ Ne pas centrifuger. Ne pas congeler

**NOMENCLATURE**

Selon nomenclature NABM en vigueur. Détail sur le site [www.laboplus.fr](http://www.laboplus.fr)

Nous attirons votre attention que certains examens ne sont pas à la nomenclature NABM et peuvent être référencés sur le référentiel RIHN

La facturation sera imputée à l'établissement prescripteur ou transmetteur.

1. Faire parvenir une copie à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement
2. Conserver une copie dans le dossier médical et en remettre une copie à la patiente

## Attestation de consultation préalable à une analyse de cytogénétique ou de biologie prénatale

Conformément aux conditions définies par les articles R2131-1 et R2131-2 du code de la santé publique : Je soussigné, Docteur....., certifie avoir reçu en consultation ce jour la patiente sous-nommée et de l'avoir informée :

- Sur le risque évalué pour son enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité,
- Sur les caractéristiques de cette affection, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus par l'analyse,
- Sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature du médecin :

Coordonnées ou tampon :

## Consentement de la femme enceinte à la réalisation d'un diagnostic prénatal in utero

Je soussignée ....., atteste avoir reçu du docteur ....., au cours d'une consultation médicale :

1. Des informations relatives au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité, aux caractéristiques de cette affection, aux moyens de la diagnostiquer et aux possibilités éventuelles de médecine foetale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.
2. Des informations sur les examens biologiques qui m'ont été proposées et dont je souhaite bénéficier en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero:
  - sur les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang foetal, nécessaire pour réaliser ces analyses ;
  - sur la nécessité d'un second prélèvement en cas d'échec technique (un nouveau consentement devra être signé) ;
  - sur le fait que l'examen peut révéler d'autres affections que celle(s) initialement recherchée(s) dans mon cas ;
  - sur le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit,

et **consens** au prélèvement de

- Liquide amniotique     Villosités chorales     Sang foetal     Autre (précisez) : .....

ainsi qu'à l'analyse ou aux analyses pour laquelle ou lesquelles ce prélèvement est effectué :

- Examens de **cytogénétique** y compris cytogénétique moléculaire ;  
 Examens de **génétique moléculaire** ;  
 Examens de biologie en vue du diagnostic de **maladies infectieuses** ;  
 Examens de **biochimie foetale** à visée diagnostique.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

- Si une partie de mon prélèvement reste inutilisé après examen, je consens à ce qu'il soit intégré dans un programme d'études scientifiques. L'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, les études scientifiques effectuées seront sans bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature de la patiente :