

**PRESCRIPTEUR**

N° RPPS : \_\_\_\_\_

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : .....



Réservé  
Laboratoire Eurofins Biomnis  
Etiquette code-barre

**PATIENTE**

Nom : ..... Adresse : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : ..... CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Taille \_\_\_\_\_ cm Poids de la patiente \_\_\_\_\_ kg

Prise de médicaments : .....

Date de début de grossesse : \_\_\_\_\_

Fécondation *in vitro* :  Oui  Non Date d'implantation : \_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS**

- Marqueurs sériques maternels (risque supérieur ou égal à 1/1000) sans hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure à 3,5 mm) ou autre anomalie échographique. *Joindre la copie du résultat des marqueurs sériques maternels*
- Antécédent de grossesse avec trisomie 21, 18 ou 13 - *Joindre la copie du résultat*
- Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21 - *Joindre la copie du résultat*
- Age maternel supérieur ou égal à 38 ans pour les patientes n'ayant pas pu bénéficier du dosage des marqueurs sériques
- Grossesse gémellaire sans hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure à 3,5 mm) ou autre anomalie échographique.
- Autre : ..... - *Contactez les biologistes en charge de l'examen au 04 72 80 25 99.*

**Important**

Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

- La prescription médicale
- Le bon de demande d'examen dûment renseigné

- L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, cosignée par la patiente et le prescripteur
- Une copie du compte-rendu de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre
- Les documents indiqués dans le bon de demande, selon l'indication

**LABORATOIRE**

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique.

**Nous mettons à votre disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur la boutique en ligne Biomnis Connect > commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K17.**

Prélèvement réalisé le :

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

- Facturation Laboratoire  Facturation Patiente\*

*\*Joindre impérativement le chèque de règlement de 390€ à l'ordre du Laboratoire Biomnis.*