Ninalia
par eurofins biomnis

Bon de demande
Dépistage des trisomie 21, 18, 13
par analyse de l'ADN libre circulant (ADNIc ou DPNI)

Réservé Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

Date de prescription : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

PATIENTE

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Adresse : .....
.....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
.....

PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Email : .....

Cachet du prescripteur

Signature :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES

Date de début de grossesse : |_|_| |_|_| |_|_|
Nombre d'embryons évolutifs : ..... Jumeau évanescent : ☐ OUI ☐ NON
Nuque supérieure ou égale à 3,5mm à l'échographie du premier trimestre : ☐ OUI ☐ NON
Si présence de signes d'appel échographiques, *préciser* : .....
Accord du CPDPN : ☐ OUI ☐ NON

RAISON DE LA PRESCRIPTION DU TEST ADNIc

REMBOURSÉ

☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels : ☐ 1er trimestre ☐ 2ème trimestre
Risque : 1/.....
☐ Grossesse gémellaire
☐ Antécédent de grossesse avec trisomie 21
☐ Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21
☐ 1er prélèvement (ADNIc) non informatif N° dossier Eurofins Biomnis *(sinon joindre le compte-rendu)* : .....

NON REMBOURSÉ

☐ Souhait parental
☐ Dépistage primaire
☐ Age maternel > 38 ans pour les patientes n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques
☐ Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13
☐ Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21
☐ Profil atypique des marqueurs sériques maternels
☐ Autres : .....

Important

Ce test doit être prescrit **APRÈS** la réalisation de l'échographie du **1T**. Il ne doit pas être proposé en présence d'une hyper clarté nucale ≥ 3,5mm ou d'une autre anomalie échographique **(nous contacter en cas de signes mineurs).** Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

Documents OBLIGATOIRES à transmettre avec le prélèvement

☐ La prescription médicale
☐ Ce bon de demande dûment **renseigné et signé**
☐ L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, consignée par la patiente et le prescripteur
☐ Pour les analyses NR : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR **(réf. D45 sur www.dpni-biomnis.com)**

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39)
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 K39.

Prélèvement réalisé le :
|_|_| |_|_| |_|_| **à** |_|_| **h** |_|_| **min**

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