Ninalia
par eurofins biomnis

Prescription Médicale
Dépistage d'anomalies chromosomiques
par analyse de l'ADN libre circulant (ADNIc ou DPNI)

Réservé Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

☐ Facturation laboratoire
☐ Facturation tiers payant

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

PATIENTE

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

PRESCRIPTEUR

N° RPPS* : .....
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
CP : |_|_|_|_|_|
Ville : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Email : .....

Cachet du prescripteur

Signature :

Affiliation sécurité sociale et adhésion mutuelle de la patiente

N° Sécurité Sociale* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Organisme payeur* : .....
Régime* : |_|_| Centre* : |_|_|_| N° Adhérent et coordonnées Mutuelle* : .....
.....
Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et la carte mutuelle, accompagnées de l'ordonnance.

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* : .....

PRESCRIPTION

Dépistage sur ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel :
☐ De la trisomie 21. Ce test portera également sur le dépistage des trisomies 13 et 18
☐ De la trisomie 21, des trisomies 13 et 18, et d'autres anomalies chromosomiques fœtales ou placentaires (aneuploïdies des autosomes 2, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 22 et déséquilibres supérieurs à 7 mégabases)

RAISON DE LA PRESCRIPTION DU TEST ADNIc

REMBOURSÉ

☐ Dépistage par les marqueurs sériques maternels : ☐ 1er trimestre ☐ 2ème trimestre
Risque : 1/..... *Si le risque est ≥ 1/50 la réalisation d'un caryotype fœtal d'emblée doit être proposée.*
Un examen de dépistage ADNIcT21 pourra cependant être réalisé selon le choix éclairé de la femme enceinte.
☐ 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).**

Prière de transmettre obligatoirement les documents suivants avec le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis :

☐ Cette prescription médicale dûment renseignée et signée
☐ Une copie du compte-rendu du résultat des marqueurs sériques
☐ Le compte-rendu de l'échographie du 1er trimestre ou à défaut ultérieur au 1er trimestre
☐ L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, cosignée par la patiente et le prescripteur
☐ Pour les analyses non remboursées (NR) : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR (réf. D45 sur www.eurofins-biomnis.com)

LABORATOIRE

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

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 Eurofins Biomnis Connect > Commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K39.

**Champ à remplir obligatoirement*