

Réservé Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

Date de prescription :

PATIENTE

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

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* :

RAISON DE LA PRESCRIPTION DU TEST ADNlc

REMBOURSÉ

Dépistage par les marqueurs sériques maternels : 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre
Risque : 1/..... *Si le risque est $\geq 1/50$ la réalisation d'un caryotype foetal d'emblée doit être proposée.*
Un examen de dépistage ADNlcT21 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
 1^{er} prélèvement (ADNlc) non informatif N° dossier Eurofins Biomnis (*sinon joindre le compte-rendu*) :

NONREMBOURSÉ

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 hyperclarté nucale $\geq 3,5$ mm 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
- Une copie du compte-rendu du résultat des marqueurs sériques
- Le compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre ou à défaut ultérieur au 1^{er} trimestre
- Ce bon de demande dûment **renseigné et signé**
- L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, consignée par la patiente et le prescripteur précisant si la détection d'autres anomalies autosomiques (aneuploïdies et déséquilibres > 7 mégabases) doit être rendue ou non
- 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 Eurofins Biomnis Connect > Commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K39.

Prélèvement réalisé le :
 à h min

Facturation Laboratoire Facturation Patiente