eurofins | Biomnis

Bon de demande
Diagnostic anténatal
sur prélèvement invasif

DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322
69357 Lyon cedex 07

Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85**
Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail : **international@biomnis.com**

Numéro de la demande
Référence Biomnis
(Numéro du patient)

Votre référence
(Référence)
.....

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

PATIENTE

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

Nom du conjoint : .....
Prénom du conjoint : .....
Date de naissance du conjoint : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

ANTÉCÉDENTS DE MALADIES GÉNÉTIQUES / REMARQUES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRESCRIPTEUR

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

N° de correspondant : .....
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Pays : .....
Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Cachet du médecin préleveur

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal in utero *(en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).*

Je soussigné(e) ..... ▸ **atteste avoir reçu, du médecin ou de la sage-femme (*) (nom, prénom) :** .... au cours d'une consultation médicale en date du |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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 ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2. Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal *in utero* qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :
- cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (*) :
- liquide amniotique ;
- villosités choriales ;
- sang fœtal ;
- autre prélèvement fœtal (précisez).

Je consens également à l'examen ou aux examens (*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :
- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

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. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.
Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Signature du médecin ou de la sage-femme

Signature de l'intéressée

(*) Rayez les mentions inutiles.

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

- **Date de prélèvement :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Semaines d'Aménorrhée : ☐☐

- **Nature de prélèvement**

☐ Liquide amniotique **(CLA ou NR)**

Tube 1 ▸ Volume : ..... ml
▸ Aspect : ☐ clair ☐ brun ☐ hémorragique

Tube 2 ▸ Volume : ..... ml
▸ Aspect : ☐ clair ☐ brun ☐ hémorragique

☐ Villosités choriales **(CVCC)**
☐ Produit de fausse-couche **(CBI)**
☐ Sang fœtal **(CSF)**

Si grossesse gémellaire, nombre de fœtus prélevés : .....

ANALYSES DEMANDÉES

☐ **CARYOTYPE FŒTAL** ☐ **CARYOTYPE MOLÉCULAIRE SNP ARRAY (SNPRE)**

*Pour toute demande d'analyse, joindre obligatoirement **5 ml de sang maternel et 5 ml de sang paternel sur EDTA**.*

☐ Risque de trisomie 21 par les MSM supérieur ou égal à 1/50 - *Joindre obligatoirement le compte-rendu*
☐ DPNI positif - *Joindre obligatoirement le compte-rendu du DPNI-ADNlc*
☐ Signes d'appel échographique - *Joindre obligatoirement le compte-rendu échographique*
☐ Anomalies chromosomiques parentales - *Joindre obligatoirement le compte-rendu*
☐ ATCD pour le couple de grossesses avec caryotype anormal - *Joindre obligatoirement le compte-rendu*
☐ Âge maternel > 38 ans [sans dépistage de la trisomie 21 (MSM ou DPNI-ADNlc)] après 18 SA
☐ Convenance personnelle (NR) : .....
☐ Autre (NR) : .....

HYBRIDATION *IN SITU* (FISH)

- **Diagnostic rapide sur noyaux non cultivés :** ☐ Chromosome 21 **(NC21)** ☐ Chromosomes 13, 18, 21, X, Y **(NCKIT)**
- **Recherche de microdélétion** - *à préciser :* .....

Pour toute demande complémentaire au caryotype fœtal il est souhaitable de prélever un 3e tube selon le terme de la grossesse.

BIOCHIMIE FŒTALE

☐ Alpha Fœtoprotéine (αFP) **(AFPLA)** ☐ Acétylcholinestérase (AChE) **(ACOLA)** ☐ Enzymes digestives
☐ Autres : .....

BILAN D'INFECTION FŒTALE

- **Indication :**

Signes échographiques : ☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels : .....
Séroconversion : ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de la grossesse au moment de la séroconversion : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

- **Agents pathogènes recherchés :**

☐ Cytomégalovirus **(CMVLA)** ☐ Parvovirus B19 **(PARLA)** ☐ Toxoplasmose **(TOXLA)** ☐ HSV1/HSV2 **(HERBM)**
☐ Rubéole **(RUBLA)** ☐ Varicelle Zona **(VZVLA)** ☐ Autres : .....

☐ Zika **(ZIKLA)** ▸ Séjour en zone d'endémie : ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de retour : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
▸ Conjoint présentant un prélèvement positif pour Zika : ☐ OUI ☐ NON

Joindre impérativement les sérologies maternelles et la date de séroconversion ainsi que le dernier compte rendu d'échographie.

GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

*Pour toute demande d'analyse, joindre obligatoirement **5 ml de sang maternel et 5 ml de sang paternel sur EDTA***

☐ Disomies uniparentales **(DUPRE)**
préciser chromosomes 7, 14, 15 : .....
☐ Mono/dizygotie (jumeaux) **(ZYGO)**
☐ Mucoviscidose (CFTR, recherche des mutations les plus fréquentes - prénatal **(MUCOL)** *(bon spécifique disponible sur le référentiel en ligne de **www.eurofins-biomnis.com**)*
☐ Mucoviscidose (CFTR, génotypage complet par séquençage nouvelle génération (NGS)) **(MUCON)**
☐ Prader-Willi (syndrome de) **(SNRPL)**
☐ Sanger : *nous contacter* **(9220P)**
☐ X fragile **(XFRAP)**
☐ Autres : .....

Documents à joindre
- Ordonnance spécifiant toutes les analyses demandées
- Entente Préalable remplie par le médecin préleveur

B3-INTFR - Février 2020