

**PRESCRIPTEUR**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Pays : .....  
 Tél. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Email : .....  
 Date : [ J ][ J ][ M ][ M ][ A ][ A ][ A ][ A ]



Réservé  
Laboratoire Eurofins Biomnis  
Etiquette code-barre

Signature : \_\_\_\_\_

**PATIENTE**

Nom : ..... Adresse : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom : ..... CP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Date de naissance : [ J ][ J ][ M ][ M ][ A ][ A ][ A ][ A ] Pays : .....

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES**

Date de début de grossesse : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Nombre de fœtus évolutifs : .....  
 Jumeau évanescent :  OUI  NON  
 Age gestationnel le jour du prélèvement : Semaines : ..... Jours : .....  
 Si présence de signes d'appels échographiques, préciser : .....

**INDICATION CLINIQUE**

Souhait parental  
 Age maternel avancé  
 Grossesse multiple (grossesse avec jumeau évanescent incluse)  
 Remarque : les dysgonosomies et les microdélétions ne sont pas disponibles pour cette indication.  
 Autre (merci de préciser) : .....

**TEST DEMANDÉ (Cocher le test souhaité)**

Test (code analyse)	Trisomies 13, 18 et 21	Détermination du sexe fœtal	Dysgonosomies (seulement pour les grossesses uniques)	Délétion / Duplication >7Mb	Microdélétions (seulement pour les grossesses uniques)
<input type="checkbox"/> Ninalia 3 (NINA3)	●				
<input type="checkbox"/> Ninalia 5 (NINA5)	●	●	●		
<input type="checkbox"/> Ninalia Genomewide (GENW)	●			●	
<input type="checkbox"/> Ninalia Genomewide Complete (GENWC)	●	●	●	●	
<input type="checkbox"/> Ninalia Genomewide Complete Plus (GENWC + KARYO)	●	●	●	●	●

**CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

Je consens au(x) test(s) que j'ai choisi(s) et confirme que j'ai été informée du but, de l'étendue et des limitations du test par mon professionnel de santé. Je comprends que c'est un test de dépistage pour des anomalies précises et que les résultats me seront remis par mon professionnel de santé. J'ai pu poser des questions et je comprends que je pourrai demander des informations complémentaires et un conseil génétique.  
 Je consens à l'utilisation du prélèvement restant et des informations contenues à des buts de recherche.  
 Je suis d'accord pour que mes données soient utilisées dans le but d'audits et de contrôle de qualité.

Date: [ D ][ D ][ M ][ M ][ Y ][ Y ][ Y ][ Y ]

Signature de la patiente \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DE CONSULTATION**

Je vérifie que l'information du patient et du prescripteur dans ce formulaire est complète et adaptée à mes connaissances et que j'ai demandé ce test selon mon jugement de sa nécessité médicale. J'ai indiqué les limites de ce test et répondu aux questions au mieux de mes compétences. Je comprends qu'Eurofins Biomnis peut avoir besoin d'autres informations et j'accepte de les transmettre si nécessaire.

Date: [ D ][ D ][ M ][ M ][ Y ][ Y ][ Y ][ Y ]

Signature du prescripteur \_\_\_\_\_

**LABORATOIRE**

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39). Merci de prendre contact avec la Division Internationale au +33 4 72 80 23 85 ou par email : [international@biomnis.eurofinseu.com](mailto:international@biomnis.eurofinseu.com) pour recevoir le kit et organiser l'acheminement. **Ce dernier doit parvenir à Eurofins Biomnis sous 5 jours maximum.**

Prélèvement réalisé le : [ J ][ J ][ M ][ M ][ A ][ A ] à [ ][ ][ ] h [ ][ ][ ] min