# DEMANDE D'EXAMEN PRENATAL

(Laboratoire accrédité pour cet examen par le COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189)

## VOS INFORMATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE

Nom .....

Nom de naissance (si différent) .....

Prénom .....

Date de naissance ..... /..... /.....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Permettant de vous joindre en cas de nécessité (urgence, besoin de renseignements complémentaires)

## MÉDECIN PRÉLEVEUR

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Fax .....

## PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement ..... /..... /.....

Heure du prélèvement ..... h.....

Début de grossesse le ..... /..... /.....

Terme le jour du prélèvement

..... SA + ..... jour(s)

☐ Liquide amniotique : quantité :..... ml

Aspect ☐ citrin ☐ brun ☐ hématique

☐ Villosités Choriales : quantité :..... mg

☐ Tendon d'Achille

☐ Peau

☐ Autre : .....

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Fax .....

DE-MU-PLUS-157-14

## EXAMENS DEMANDÉS

*Joindre impérativement la demande d'entente préalable dûment rempli et une photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré*

### CARYOTYPE*

☐ Signe d'appel biologique

- ☐ Dépistage combiné du 1er trimestre
- ☐ Dépistage par marqueurs du 2ème trimestre seuls

☐ Age maternel supérieur ou égal à 38 ans en l'absence de dépistage de la trisomie 21

☐ Dépistage prénatal non invasif positif

☐ Anomalies chromosomiques parentales

☐ Antécédent pour le couple de grossesse ou enfant avec caryotype anormal : .....

☐ Diagnostic de sexe fœtal pour les maladies liées au sexe

☐ Signe d'appel échographique (SAE) :.....

.....

.....

☐ Mort fœtale in utero

☐ Vérification après IMG

☐ Fausse couche spontanée

☐ Convenance personnelle (acte hors nomenclature)

### HYBRIDATION IN SITU EN FLUORESCENCE (FISH) *

☐ Recherche rapide d'aneuploïdie 13,18 et 21 sur noyaux interphasique pour SAE

☐ Recherche rapide d'aneuploïdie 13,18 et 21 sur noyaux interphasique hors SAE (1)

☐ Recherche d'un microremaniement par FISH :

### ANALYSE CHROMOSOMIQUE SUR PUCE À ADN (ACPA)(1)

*Joindre impérativement une ordonnance et le compte rendu échographique*

☐ Signe d'appel échographique :

- ☐ Clartés nucales ≥ 3,5 mm
- ☐ RCIU ≤ 3e percentile

☐ Autres : .....

☐ Indications chromosomiques

- ☐ Marqueur chromosomique
- ☐ Remaniement chromosomique apparemment équilibré avec SAE
- ☐ Remaniement chromosomique déséquilibré ou complexe

### AUTRES

☐ Préciser :

(1) Examen hors nomenclature

*Les informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel sont à consulter sur https://www.genbio.fr/politique-de-donnees-a-caractere-personnel/ ou à la fin de votre compte rendu.*

# DEMANDE D'EXAMEN PRENATAL

(Laboratoire accrédité pour cet examen par le COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189)

## ANTÉCÉDENTS GYNECO-OBSTÉTRICAUX

Grossesses antérieures (année de naissance, sexe, état de santé), FCS, IVG... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Groupe sanguin : .....

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Faire arbre généalogique si nécessaire :

CARYOTYPE de la mère : ☐ non fait ☐ fait résultat .....

CARYOTYPE du père : ☐ non fait ☐ fait résultat .....

Cette demande complétée est à adresser au laboratoire accompagnée du prélèvement et du **formulaire d'Information et de consentement de la femme enceinte** conformément aux articles R2131-1 et R2131-2 du code de la Santé Publique.

NB : Le résultat ne sera **adressé qu'au(x) médecin(s)** conformément à l'article R1131-14 du code de la Santé Publique et au décret n°2008-321 du 4 avril 2008. Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

**Pour tout renseignement :**

Dr Gregory EGEA, Dr Stephan KEMENY
LBM INOVIE GEN-BIO :
8 RUE JACQUELINE AURIOL
63100 CLERMONT-FERRAND
Tél. : 04 63 05 75 32
Fax : 04 73 24 18 31
Email : stephan.kemeny@inovie.fr
gregory.egea@inovie.f

## ZONE RÉSERVÉE LABORATOIRE : TRAÇABILITÉ PRÉ-ANALYTIQUE

Opérateur de conformité

Date et Heure de réception :

Grands tubes :

Petits tubes :

☐ Conforme

☐ Non conforme

**COMMENTAIRE :**

DE-MU-PLUS-157-14