

**Estimation du risque de Trisomie 21 fœtale par les Marqueurs Sériques Maternels
du 1^{er} et 2^{ème} trimestre**

MSM 1 à réaliser de 11SA à 13SA + 6 j

MSM 2 à réaliser de 14SA à 17SA + 6 j

PROTOCOLE

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

- 1** ➔ Compléter les renseignements cliniques.
- 2** ➔ Signer l'attestation d'informations.
- 3** ➔ Faire signer la déclaration de consentement par la patiente.
- 4** ➔ Établir et libeller la prescription : "Marqueurs sériques maternels de trisomie 21 fœtale".
- 5** ➔ Compléter impérativement l'Identifiant réseau.
- 6** ➔ Choisir la stratégie de dépistage.
- 7** ➔ Remettre l'exemplaire blanc, à la patiente, qui le remettra au laboratoire lors du prélèvement.
- 8** ➔ Archiver l'exemplaire jaune.

L.A.M. effectuant le prélèvement

- 1** ➔ Prélèvement de 5 ml de sang total sur tube sec ou tube gel siliconé.
- 2** ➔ Transmission de 2 ml de sérum, accompagné de la présente fiche de renseignements et de la prescription.

Ouvert le / /

Archivé le / /

Les résultats sont transmis uniquement au Médecin prescripteur et éventuellement au laboratoire transmetteur.

Estimation du risque de Trisomie 21 fœtale par les Marqueurs Sériques Maternels du 1^{er} et 2^{ème} trimestre

MSM 1^{er} Trimestre - Prélèvement à réaliser de 11SA à 13SA + 6 j soit du : / / au / /
si la Clarté Nucale est non exploitable et/ou les MSM 1^{er} trimestre non réalisables :

MSM 2^{ème} Trimestre - Prélèvement à réaliser de 14SA à 17SA + 6 j soit du : / / au / /
(de préférence à partir de 15 SA)

FEUILLE DE DEMANDE à confier à la patiente et à transmettre, *dûment remplie et signée*, avec le prélèvement.

PATIENTE	MÉDECIN prescripteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Adresse :
Adresse :
Nom de naissance :
née le : / /

Renseignements cliniques :

Poids de la patiente : **Kg**

Fumeuse Nbre. cigarettes / jour : non oui

Antécédent de grossesse avec T21 non oui

Diabète insulino-dépendant : non oui

Insuffisance rénale : non oui

Origine géographique : Europe, Afrique du Nord
 Asie, préciser pays :
 Afrique - Antilles, préciser :
 Autre pays, préciser :

FIV ICSI TEC Date de congélation : / /

Don d'ovocyte : oui Age de la donneuse :

Echographie du 1^{er} trimestre (de 11 SA à 13 SA + 6 j)

Réalisée par :

Adresse :

IDENTIFIANT RÉSEAU :

Date de l'échographie : / / (joindre le compte-rendu échographique)

Nombre de fœtus :

LCC : mm (comprise entre 45 et 84 mm)

Clarté Nucale : , mm (à noter si exploitable)

DDG : / / confirmée par échographie

Grossesse multiple Monochoriale Bichoriale

signaler les jumeaux évanescents (Perte fœtale à SA)

INFORMATION, DEMANDE ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

Je soussignée atteste avoir reçu du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (*) au cours d'une consultation en date du :

des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :

- les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise en charge des personnes porteuses de trisomie 21 ; le fait que cet examen permette d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- les modalités de cet examen :
 - une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
 - un calcul de risque de trisomie 21 est effectué ; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et utilisables ;
 - le résultat de cet examen est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être porteur de la trisomie 21. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en établir le diagnostic.

Le résultat du calcul de risque ne sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal :

- si le risque est <1/1000, il est considéré comme suffisamment faible pour arrêter cette procédure de dépistage et poursuivre une surveillance simple de la grossesse même s'il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
- si le risque est compris entre 1/51 et 1/1000 : un examen de dépistage portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
- si le risque est ≥1/50 la réalisation d'un cartotype fœtal à visée diagnostic me sera proposé d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement dit invasif (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal).

Seul le résultat du cariotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.
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 dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.
Le laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date : / / **Signature du médecin ou de la sage-femme (*) :** **Signature de l'intéressée (*) :**

(*) nom, prénom

RENSEIGNEMENTS LORS DU PRÉLÈVEMENT

Prélèvement sur tube sec (5 ml) à centrifuger dans les 6 h.

Nom du préleveur : Prélèvement effectué le : / / à heure

Poids de la patiente : kg, ce jour

CACHET DU LABORATOIRE TRANSMETTEUR	RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS PAR LE LABORATOIRE
	Température d'acheminement : T° ambiante <input type="checkbox"/> Réfrigérée <input type="checkbox"/> Congelée <input type="checkbox"/>
	Type d'échantillon : Tube primaire <input type="checkbox"/> Tube décanté <input type="checkbox"/>
	Réception au laboratoire : Par :
	Date : / / et heure : h
	<input type="checkbox"/> Prélèvement non conforme (identité, température, délai)
	→ Acceptation de l'échantillon : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Zone de stockage : congelée <input type="checkbox"/> 4°C <input type="checkbox"/>