



# Centre hospitalier de la Polynésie française

## Laboratoire de biochimie médicale et de Pharmacologie-toxicologie

B.P. 1640 - 98713 Papeete - Tel : (689) 40 48 60 63 - Fax : (689) 40 48 63 06

### PRESCRIPTION MEDICALE POUR L'ESTIMATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 PAR LE DOSAGE DES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELLES

DOCUMENT A CONFIER A LA PATIENTE POUR TRANSMISSION AU LABORATOIRE REFERENT (CHPF)

#### ECHOGRAPHISTE

N° réseau : \_\_\_\_\_  
(zone obligatoirement renseignée)

Cachet obligatoire

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date échographie : \_\_\_\_\_

Longueur crânio-caudale : \_\_\_\_\_

Clarté nucale : \_\_\_\_\_

Réduction embryonnaire : ☐ non ☐ oui

→ Si oui, date du terme au moment de la réduction : \_\_\_\_\_ SA

#### PRESCRIPTEUR

Cachet obligatoire

Date de début de grossesse : \_\_\_\_\_

Nombre de fœtus : \_\_\_\_\_ Poids de la patiente(kg) : \_\_\_\_\_

Tabac : non ☐ oui ☐ Diabète : non ☐ oui ☐

Insuffisance rénale : non ☐ oui ☐

Antécédents au cours d'une précédente grossesse de la patiente : Trisomie 21 : non ☐ oui ☐

Trisomie 13 : non ☐ oui ☐

Trisomie 18 : non ☐ oui ☐

Origine géographique : ☐ Océanie/Polynésie ; ☐ Europe  
et Afrique du nord ; ☐ Afrique sub-saharienne-Antilles ;  
☐ Asie de l'Est ; ☐ Asie du Sud-Est ; ☐ Autres

#### STRATEGIE DE DEPISTAGE CHOISIE

☐ **Dépistage combiné 1<sup>er</sup> trimestre**

Grossesse monofœtale UNIQUEMENT :  
Renseignements éch. à joindre + n°  
réseau.  
Prélèvement entre 11 SA et 13+6 SA  
(soit LCC entre 45 et 84 mm)  
Jusqu'à : \_\_\_\_\_

☐ **Dépistage au 2<sup>ème</sup> trimestre**

Prélèvement entre 14 SA et 19+6 SA  
Soit entre le \_\_\_\_\_  
Et le \_\_\_\_\_

☐ **Dépistage tardif**

Prélèvement entre 20 SA et 34+6 SA  
Examen transmis à l'Hôpital Robert  
Debré à Paris.  
Soit entre le \_\_\_\_\_  
Et le \_\_\_\_\_

#### PATIENTE-COORDONNEES-INFORMATION-CONSENTEMENT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Boîte postale : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Ile : \_\_\_\_\_

Je soussignée

Atteste avoir reçu du médecin ou de la sage-femme (nom-prénom) \_\_\_\_\_

En date du \_\_\_\_\_

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

- Cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint de trisomie 21 ;
- Une prise de sang est réalisée au cours d'un 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 1<sup>er</sup> trimestre, lorsque ces données sont disponibles et qu'elles sont estimées fiables ;
- Le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir un diagnostic ;
- Le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal ;
- Si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
- Si le risque est élevé, un autre examen me sera proposé. Seul le résultat du caryotype 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 effectuant les dosages biologiques et le calcul du risque.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant réalisé les dosages conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte-rendu d'examen.

Date : \_\_\_\_\_

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_

Signature du médecin ou de la sage-femme

Signature de la patiente



# Centre hospitalier de la Polynésie française

## Laboratoire de biochimie médicale et de Pharmacologie-toxicologie

B.P. 1640 - 98713 Papeete - Tel : (689) 40 48 60 63 - Fax : (689) 40 48 63 06

### MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS

Au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> trimestre

#### Echographiste/prescripteur

1. Informer la patiente
2. Renseigner vos coordonnées et n° d'appartenance réseau échographiste
3. Renseigner les données échographiques et remplir la fiche de renseignements cliniques
4. Choisir la stratégie de dépistage
5. Signer le formulaire au verso
6. Faire signer le consentement par la patiente
7. Conserver une copie du consentement signé par la patiente

#### Laboratoire d'analyses médicales

1. Faire prélever 5 mL de sang sur tube sec EXCLUSIVEMENT
2. Centrifuger et décanter rapidement, conserver à + 4°C
3. Transmettre le prélèvement et ce document au laboratoire de biochimie médicale du CHPF
4. S'assurer que la patiente a signé le consentement au verso
5. Si le délai de transmission est supérieur à 48h, congeler le sérum à -20°C

#### Information pour la patiente

1. Lire les informations au verso
2. Signer le consentement
3. Faire pratiquer le prélèvement sanguin dans votre laboratoire habituel

NB : Après anonymisation, les données recueillies sont transmises à l'Agence de Biomédecine et analysées pour évaluer les stratégies de dépistage de la trisomie 21 fœtale.

#### Stratégies de dépistage

- ☐ Dépistage combiné au 1<sup>er</sup> trimestre NABM : 4006/B185
  - Prélèvement entre 11 et 13,6 SA : le plus tôt possible après l'échographie
- ☐ Dépistage au 2<sup>ème</sup> trimestre NABM : 4004/B125
  - Prélèvement entre 14,0 et 19,6 SA
- ☐ Dépistage tardif NABM : 4004/B110
  - Prélèvement entre 20 et 34,6 SA

LE CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA REALISATION DE  
L'EXAMEN MENTIONNE A L'ARTICLE R.2131-1 DU CODE DE LA SANTE  
PUBLIQUE, EN VUE DU DIAGNOSTIC PRENATAL *IN UTERO*, DOIT  
IMPERATIVEMENT ETRE COMPLETE ET SIGNE PAR LA PATIENTE AU VERSO  
DE CE DOUMENT AVANT LE PRELEVEMENT SANGUIN