

# FEUILLE DE DEMANDE DE DÉPISTAGE PRÉNATAL NON INVASIF DE LA TRISOMIE 21

## Prescripteur

N° RPPS .....  
Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Tél ..... Fax .....  
Email .....

## Patiente

Nom ..... Prénom .....  
Nom de jeune fille ..... Date de naissance .....  
Poids ..... Taille ..... Date de début de grossesse .....  
Nombre d'embryons ..... Si gémeaire, précisez le type .....  
Jumeau évanescent  oui  non  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Tél .....

## Indication (à cocher)

Joindre une copie du compte-rendu de l'échographie du 1er trimestre.

- Patientes situées dans un groupe à risque après évaluation par les marqueurs sériques maternels (MSM) :  
Risque entre 1/51 et 1/1000 (bornes comprises). [Joindre la copie du résultat](#)
- Risque  $\geq$  à 1/50 et refus du caryotype par la patiente. [Joindre la copie du résultat](#)
- Antécédent de grossesse avec trisomie 21.
- Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21.  
[Joindre la copie du caryotype](#)
- Grossesse gémeaire.
- Autre - [Nous contacter](#) .....

**N.B :** Nous rappelons que ce test ne peut être réalisé qu'en l'absence d'hyperclarté nucale ( $\geq 3.5\text{mm}$ ) ou autre signe d'appel échographique.

## A renseigner par le laboratoire préleveur

Prélèvement réalisé le ..... à ..... par .....