

## DEPISTAGE DE TRISOMIE - 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE

<input type="checkbox"/> Copie à : <input type="checkbox"/> Prélèvement au laboratoire	Facture à : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Autres :
<b>PRESCRIPTEUR</b> Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ NPA Lieu _____ Téléphone _____	<b>PATIENT</b> Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ NPA Lieu _____ Né(e) ..... / ..... / ..... Sexe _____

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date du prélèvement : \_\_\_\_\_ Age gestationnel : \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
Date des dernières règles : \_\_\_\_\_  
Poids maternel\* : \_\_\_\_\_ Kg Ethnie de la patiente\* : \_\_\_\_\_  
Fumeuse\* :  OUI  NON Diabète insulino-dépendant :  OUI  NON  
Antécédents :  Trisomie 21  Autre aneuploïdie (spécifier) : \_\_\_\_\_  
Procréation assistée :  OUI  NON Si oui, spécifier: \_\_\_\_\_  
*Insémination (avec ou sans induction de l'ovulation), FIV, ICSI, date de congélation, ...*  
Don d'ovocyte(s) :  OUI  NON Age de la donneuse : \_\_\_\_\_ ans  
Date du transfert de l'embryon : \_\_\_\_\_

### ECHOGRAPHIE

Réalisée par : \_\_\_\_\_ Certification N° : \_\_\_\_\_  
Clarté Nucale (NT)\* : \_\_\_\_\_ mm mesurée le\* : \_\_\_\_\_  
LCC (CRL)\* : \_\_\_\_\_ mm mesurée le\* : \_\_\_\_\_  
Nombre de fœtus\* : \_\_\_\_\_ Chorionicité\* : \_\_\_\_\_

### ANALYSES DEMANDEES

Dépistage au 1<sup>er</sup> trimestre : prélèvement entre la 11<sup>ème</sup> et la 13<sup>ème</sup> semaine + 6 jours.

Analyse du risque de trisomie 21 au moment du prélèvement (PAPP-A et bêta-hCG libre) [S-1]

Lieu, date et signature du médecin : \_\_\_\_\_

\* Données indispensables

Responsable FAMH Chimie clinique et toxicologie : Mme Fanny Zufferey; contact T 027 603 6678