

DEPISTAGE DE TRISOMIE - 1^{ER} 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 :
PRESCRIPTEUR Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ NPA Lieu _____ Téléphone _____	PATIENT Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ NPA Lieu _____ Né(e) / / Sexe _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date du prélèvement : _____ Age gestationnel par LCC : _____ + _____
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
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^{er} trimestre : prélèvement entre la 11^{ème} et la 13^{ème} 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