

Laboratoire autorisé pour pratiquer en vue du diagnostic prénatal les analyses de cytogénétique y compris de cytogénétique moléculaire, de génétique moléculaire, de biochimie fœtale y compris les marqueurs sériques maternels et les analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses.

<b>N° Correspondant :</b>	<b>Laboratoire :</b>	<b>Service :</b>
<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Code Postal :</b>		

MADAME	
Nom .....	Adresse .....
Prénom .....	.....
Nom de Jeune fille .....	Tél. ....
Date de naissance .....	

MONSIEUR		
Nom .....	Prénom .....	Date de naissance.....

GROSSESSE ACTUELLE			
<input type="checkbox"/> DDR : .....	<input type="checkbox"/> DDG : .....	<input type="checkbox"/> Grossesse mono-fœtale	<input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire
<input type="checkbox"/> Echographie du 1 <sup>er</sup> trimestre	<input type="checkbox"/> date : .....	<input type="checkbox"/> LCC : .....mm	<input type="checkbox"/> Clarté nucale : ..... mm

NATURE DU PRELEVEMENT			
<input type="checkbox"/> Liquide amniotique	<input type="checkbox"/> Sang fœtal	<input type="checkbox"/> Villosités choriales	<input type="checkbox"/> Produit de fausse-couche
Nombre de fœtus prélevés :	<input type="checkbox"/> 1 : volume .....ml ; aspect : .....	<input type="checkbox"/> 2 : volume .....ml ; aspect : .....	
<input type="checkbox"/> Date de prélèvement :	( <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> prélèvement)		<input type="checkbox"/> Terme : .....

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX DE LA PATIENTE			ANTECEDENTS DU COUPLE		
Nombre :	<i>Même partenaire</i>	<i>Partenaire différent</i>		<i>Côté maternel</i>	<i>Côté paternel</i>
<input type="checkbox"/> Grossesses normales	.....	.....	<input type="checkbox"/> Enfant anormal (description) :	.....	.....
<input type="checkbox"/> FCS :	.....	.....	<input type="checkbox"/> Maladie génétique (laquelle) :	.....	.....
<input type="checkbox"/> IVG :	.....	.....	<input type="checkbox"/> Le père a-t-il eu d'autres enfants avec une autre partenaire ?		
<input type="checkbox"/> Enfants anormaux :	.....	.....	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui / si oui, Combien ? .....	
<input type="checkbox"/> Stérilité (durée) :	.....	.....			

ARBRE GENEALOGIQUE / REMARQUES	
Consanguinité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### CYTOGENETIQUE

Dr Anne Bazin  
Dr Pascale Kleinfinger  
Dr Martine Montagnon  
Dr Marc Nouchy

### GENETIQUE MOLECULAIRE

Dr Anne Bazin  
Jean-Marc Costa

### DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES

Jean-Marc Costa  
Monique Debruyne  
Dr Jean-Dominique Poveda

### BIOCHIMIE FŒTALE y compris marqueurs sériques maternels

Corinne Barthet  
Sylvie Cado  
Jean-Marc Costa  
Isabelle Cuvelier  
Isabelle Lacroix

# DIAGNOSTIC PRENATAL

## Prescription

■ Secrétariat :  
Tél : 01 34 40 20 20  
Fax : 01 34 40 21 29

e-mail : [smedical@lab-cerba.com](mailto:smedical@lab-cerba.com)

MEDECIN PRELEVEUR	MEDECIN TRAITANT
Nom .....	Nom ..... Prénom.....
Prénom .....	Adresse.....
Adresse.....	.....
.....	Tel : ..... Fax : .....
Tél. ....	N° FINESS : .....
Fax .....	SIGNATURE :

CYTOGENETIQUE ET CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE	
<input type="checkbox"/> Caryotype foetal	<b>INDICATION</b> <input type="checkbox"/> (1) Age maternel ( $\geq 38$ ans à la date du prélèvement) <input type="checkbox"/> (6) Signe d'appel biologique <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> (5A) Clarté nucale augmentée (avant 13SA+6j) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> (5B) Signe d'appel échographique (autre que clarté nucale) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> (3) ATCD pour le couple de grossesse avec caryotype anormal <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> (2) Anomalie chromosomique parentale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> (7) Autres (dont diagnostic de sexe) <input type="checkbox"/> (8) Hors convention ( <i>préciser</i> ) : .....
<input type="checkbox"/> Recherche de syndrome microdélétionnel ( <i>préciser</i> ) <sup>1</sup> : .....	
<input type="checkbox"/> Diagnostic rapide d'aneuploïdie (FISH) sur signe d'appel échographique <sup>1</sup>	

GENETIQUE MOLECULAIRE	
<input type="checkbox"/> Diagnostic rapide des trisomies 13, 18 et 21 par PCR <input type="checkbox"/> Détermination de zygote <input type="checkbox"/> Recherche de disomie uniparentale <sup>4</sup> du chromosome <input type="checkbox"/> Génotypage rhésus D <input type="checkbox"/> Achondroplasie <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Hypochondroplasie <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Syndrome d'Apert <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Drépanocytose <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Autre : .....	<b>INDICATION</b> <input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Couple à risque <sup>5</sup>

DIAGNOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES	
<input type="checkbox"/> Cytomégalovirus (CMV) par PCR <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> par PCR <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 par PCR <input type="checkbox"/> Varicelle-zona (VZV) par PCR <input type="checkbox"/> Entérovirus par RT-PCR <input type="checkbox"/> Herpès virus 1 et 2 (HSV) par PCR <input type="checkbox"/> Rubéole par RT-PCR* <input type="checkbox"/> Autre : .....	<b>INDICATION</b> <input type="checkbox"/> Infection maternelle <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique <sup>1</sup>

BIOCHIMIE FŒTALE (autres que marqueurs sériques maternels)	
<input type="checkbox"/> Alpha-foetoprotéine <input type="checkbox"/> Acétylcholinestérase <input type="checkbox"/> Enzymes digestives  <input type="checkbox"/> Autre : .....	<b>INDICATION</b> <input type="checkbox"/> AFP maternelle sérique $\geq 2.5$ MoM <input type="checkbox"/> Signes échographiques évoquant un défaut de fermeture du tube neural <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Autres signes échographiques <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Antécédent de défaut de fermeture du tube neural <input type="checkbox"/> Traitement maternel (notamment Dépakine®) <input type="checkbox"/> Dosage systématique <input type="checkbox"/> Antécédent de syndrome néphrotique

### \* examen transmis

#### Pièces à joindre :

- <sup>1</sup> le compte-rendu échographique,
- <sup>2</sup> le résultat cytogénétique,
- <sup>3</sup> le résultat biologique,
- <sup>4</sup> le sang des parents,
- <sup>5</sup> l'enquête moléculaire cas index,
- <sup>6</sup> les résultats sérologiques.

Attestation / Consentement  
**Si NON le RECLAMER**