



DEMANDE DE CARYOTYPE FOETAL

UNITE DE BIOLOGIE PRENATALE - Laboratoire BIOXA - CHATILLONS - 4, rue Magellan - 51100 REIMS

Docteurs JM. DOSSOT, V. DUPONT-GAUDIN et E. NOWAK - ☎ 03.26.04.34.94 📠 03.26.47.22.95

PATIENTE

Nom d'usage (nom d'épouse):

Nom de naissance (nom jeune fille):

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse

☎ :

Caisse d'assurance maladie

Nom :

Adresse :

N°SS :

PRELEVEMENT LE/...../.....

Nature du prélèvement :

- Liquide amniotique (LA)
- Villosités chorales (VC)
- Sang fœtal (SF)
- Produit fausse-couche :
 - Peau
 - Placenta
 - Villosités chorales

Autres analyses :

- AFP (Liq. Amniotique)
- Kleihauer
- Acétylcholinestérase
- Enzymes digestives
- ACPA (joindre demande CPDPN)

MEDECINS

Demandé par Dr :

Prélevé par Dr :

GROSSESSE ACTUELLE

- MONOFOETALE**
- GEMELLAIRE** : Monochoriale Bichoriale

Date de début de grossesse :/...../.....

↳ à défaut Date des dernières règles :/...../.....

Terme théorique :/...../.....

INDICATIONS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE à 100%

- 1- HT21 - Marqueurs sériques maternels $\geq 1/50$ – **joindre le résultat**
- 2- DPNI positif ou ininterprétable – **joindre le résultat**
- 3- Antécédent, pour le couple, de grossesse(s) avec caryotype anormal - **joindre le résultat du caryotype**
- 4- Signes d'appels échographiques suivants (*Test FISH rapide inclus*) : **joindre le compte-rendu échographique**
 - anomalies morphologiques du fœtus démontrées, internes ou externes
 - retard de croissance intra-utérin avéré
 - anomalie de quantité de liquide amniotique
- 5- Anomalies chromosomiques parentales – **joindre le résultat du caryotype**
- 6- Age de la femme \geq à 38 ans à la date du prélèvement, **uniquement à titre exceptionnel**, si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun des dépistages de la trisomie 21 (HT21 ou ADNlCT21/DPNI) – **la demande d'entente préalable devra stipuler la non réalisation de ces dépistages**

INDICATIONS NE RELEVANT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE

- Convenance personnelle (360€ HN)
- Aneuploïdies des chromosomes (13-18-21-X-Y) (100€ HN)

↳ Sauf indication : signes d'appels échographique, DPNI positif ou ininterprétable à 2 reprises et HT21-Marqueurs sériques maternels $\geq 1/50$: pris en charge

HYBRIDATION IN SITU

FISH rapide interphasique
Premiers résultats en 48 à 72 heures,
cocher si besoin.

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (article R.2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée..... atteste avoir reçu,
du médecin (nom, prénom).....
au cours d'une consultation médicale en date du.....

1° Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2° Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :

- cet (ces) examen(s) nécessaire(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (*) :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang fœtal ;
- autre prélèvement fœtal (précisez).

Je consens également à l'examen ou aux examens (*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

(*) Rayez les mentions inutiles

Date :

Cachet et signature du médecin

Signature de l'intéressée

CARYOTYPE FOETAL

Prise de rendez-vous :

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 16h00

 **03.26.04.34.94**

**PRISE DE
RENDEZ-VOUS**

Les prélèvements (*liquide amniotique, sang foetal hépariné**, *produit de fausse-couche** ou villosités choriales***) sont **conservés à température ambiante** et acheminés si possible **dans les 24 heures** au laboratoire.

* *Tube spécifique (Héparinate de lithium – bouchon vert **sans gel**)*

** *Flacon liquide amniotique ou flacon stérile + eau physiologique stérile (10mL)*

TRANSPORT

Dans tous les cas, la demande de caryotype fœtal dûment remplie, accompagnée de la prescription.

En cas d'indication relevant d'une prise en charge :

- la demande d'entente préalable (*modèle S3132*)
- la photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré(e) (*si possible*)
- les résultats des caryotypes antérieurs
- le compte-rendu échographique si nécessaire
- le compte-rendu du résultat HT21 et/ou DPNI si nécessaire
- tout autre compte-rendu si nécessaire

**DOCUMENTS
A JOINDRE**

En cas d'indication relevant de **convenance personnelle**, joindre un règlement à l'ordre de BIOXA :

- 360 € **HN, si liquide amniotique – villosités choriales**
- 100 € **HN, FISH rapide interphasique (aneuploïdie des chromosomes 13-18-21-X et Y)**



DEMANDE DE CARYOTYPE FOETAL

UNITE DE BIOLOGIE PRENATALE - Laboratoire BIOXA - CHATILLONS - 4, rue Magellan - 51100 REIMS

Docteurs JM. DOSSOT, V. DUPONT-GAUDIN et E. NOWAK - ☎ 03.26.04.34.94 📠 03.26.47.22.95

PATIENTE

Nom d'usage (nom d'épouse):

Nom de naissance (nom jeune fille):

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse

☎ :

Caisse d'assurance maladie

Nom :

Adresse :

N°SS :

PRELEVEMENT LE/...../.....

Nature du prélèvement :

- Liquide amniotique (LA)
- Villosités chorales (VC)
- Sang fœtal (SF)
- Produit fausse-couche :
 - Peau
 - Placenta
 - Villosités chorales

Autres analyses :

- AFP (Liq. Amniotique)
- Kleihauer
- Acétylcholinestérase
- Enzymes digestives
- ACPA (joindre demande CPDPN)

MEDECINS

Demandé par Dr :

Prélevé par Dr :

GROSSESSE ACTUELLE

- MONOFOETALE
- GEMELLAIRE : Monochoriale Bichoriale

Date de début de grossesse :/...../.....

↳ à défaut Date des dernières règles :/...../.....

Terme théorique :/...../.....

INDICATIONS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE à 100%

- 1- HT21 - Marqueurs sériques maternels $\geq 1/50$ – joindre le résultat
- 2- DPNI positif ou ininterprétable – joindre le résultat
- 3- Antécédent, pour le couple, de grossesse(s) avec caryotype anormal - joindre le résultat du caryotype
- 4- Signes d'appels échographiques suivants (Test FISH rapide inclus) : joindre le compte-rendu échographique
 - anomalies morphologiques du fœtus démontrées, internes ou externes
 - retard de croissance intra-utérin avéré
 - anomalie de quantité de liquide amniotique
- 5- Anomalies chromosomiques parentales – joindre le résultat du caryotype
- 6- Age de la femme \geq à 38 ans à la date du prélèvement, **uniquement à titre exceptionnel**, si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun des dépistages de la trisomie 21 (HT21 ou ADNlCT21/DPNI) – la demande d'entente préalable devra stipuler la non réalisation de ces dépistages

INDICATIONS NE RELEVANT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE

- Convenance personnelle (360€ HN)
- Aneuploïdies des chromosomes (13-18-21-X-Y) (100€ HN)

↳ Sauf indication : signes d'appels échographique, DPNI positif ou ininterprétable à 2 reprises et HT21-Marqueurs sériques maternels $\geq 1/50$: pris en charge

HYBRIDATION IN SITU

FISH rapide interphasique
Premiers résultats en 48 à 72 heures,
cocher si besoin.

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (article R.2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée..... atteste avoir reçu,
du médecin (nom, prénom).....

au cours d'une consultation médicale en date du.....

1° Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2° Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :

- cet (ces) examen(s) nécessaire(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (*) :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang fœtal ;
- autre prélèvement fœtal (précisez).

Je consens également à l'examen ou aux examens (*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

(*) Rayez les mentions inutiles

Date :

Cachet et signature du médecin

Signature de l'intéressée

CARYOTYPE FOETAL

Prise de rendez-vous :

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 16h00

☎ 03.26.04.34.94

**PRISE DE
RENDEZ-VOUS**

Les prélèvements (*liquide amniotique, sang foetal hépariné**, *produit de fausse-couche** ou villosités choriales***) sont **conservés à température ambiante** et acheminés si possible **dans les 24 heures** au laboratoire.

* *Tube spécifique (Héparinate de lithium – bouchon vert sans gel)*

** *Flacon liquide amniotique ou flacon stérile + eau physiologique stérile (10mL)*

TRANSPORT

Dans tous les cas, la demande de caryotype foetal dûment remplie, accompagnée de la prescription.

En cas d'indication relevant d'une prise en charge :

- la demande d'entente préalable (*modèle S3132*)
- la photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré(e) (*si possible*)
- les résultats des caryotypes antérieurs
- le compte-rendu échographique si nécessaire
- le compte-rendu du résultat HT21 et/ou DPNI si nécessaire
- tout autre compte-rendu si nécessaire

**DOCUMENTS
A JOINDRE**

En cas d'indication relevant de **convenance personnelle**, joindre un règlement à l'ordre de BIOXA :

- 360 € **HN, si liquide amniotique – villosités choriales**
- 100 € **HN, FISH rapide interphasique (aneuploïdie des chromosomes 13-18-21-X et Y)**



DEMANDE DE CARYOTYPE FOETAL

UNITE DE BIOLOGIE PRENATALE - Laboratoire BIOXA - CHATILLONS - 4, rue Magellan - 51100 REIMS

Docteurs JM. DOSSOT, V. DUPONT-GAUDIN et E. NOWAK - ☎ 03.26.04.34.94 📠 03.26.47.22.95

PATIENTE

Nom d'usage (nom d'épouse):

Nom de naissance (nom jeune fille):

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse

☎ :

Caisse d'assurance maladie

Nom :

Adresse :

N°SS :

PRELEVEMENT LE/...../.....

Nature du prélèvement :

- Liquide amniotique (LA)
- Villosités chorales (VC)
- Sang fœtal (SF)
- Produit fausse-couche :
 - Peau
 - Placenta
 - Villosités chorales

Autres analyses :

- AFP (Liq. Amniotique)
- Kleihauer
- Acétylcholinestérase
- Enzymes digestives
- ACPA (joindre demande CPDPN)

MEDECINS

Demandé par Dr :

Prélevé par Dr :

GROSSESSE ACTUELLE

- MONOFOETALE
- GEMELLAIRE : Monochoriale Bichoriale

Date de début de grossesse :/...../.....

↳ à défaut Date des dernières règles :/...../.....

Terme théorique :/...../.....

INDICATIONS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE à 100%

- 1- HT21 - Marqueurs sériques maternels $\geq 1/50$ – **joindre le résultat**
- 2- DPNI positif ou ininterprétable – **joindre le résultat**
- 3- Antécédent, pour le couple, de grossesse(s) avec caryotype anormal - **joindre le résultat du caryotype**
- 4- Signes d'appels échographiques suivants (*Test FISH rapide inclus*) : **joindre le compte-rendu échographique**
 - anomalies morphologiques du fœtus démontrées, internes ou externes
 - retard de croissance intra-utérin avéré
 - anomalie de quantité de liquide amniotique
- 5- Anomalies chromosomiques parentales – **joindre le résultat du caryotype**
- 6- Age de la femme \geq à 38 ans à la date du prélèvement, **uniquement à titre exceptionnel**, si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun des dépistages de la trisomie 21 (HT21 ou ADN1cT21/DPNI) – **la demande d'entente préalable devra stipuler la non réalisation de ces dépistages**

INDICATIONS NE RELEVANT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE

- Convenance personnelle (360€ HN)
- Aneuploïdies des chromosomes (13-18-21-X-Y) (100€ HN)

↳ Sauf indication : signes d'appels échographique, DPNI positif ou ininterprétable à 2 reprises et HT21-Marqueurs sériques maternels $\geq 1/50$: pris en charge

HYBRIDATION IN SITU

FISH rapide interphasique
Premiers résultats en 48 à 72 heures,
cocher si besoin.

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (article R.2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée..... atteste avoir reçu,
du médecin (nom, prénom).....
au cours d'une consultation médicale en date du.....

1° Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2° Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :

- cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (*) :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang fœtal ;
- autre prélèvement fœtal (précisez).

Je consens également à l'examen ou aux examens (*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

(*) Rayez les mentions inutiles

Date :

Cachet et signature du médecin

Signature de l'intéressée

CARYOTYPE FOETAL

Prise de rendez-vous :

Du lundi au vendredi, de 9h00 à 16h00

☎ 03.26.04.34.94

**PRISE DE
RENDEZ-VOUS**

Les prélèvements (*liquide amniotique, sang foetal hépariné**, *produit de fausse-couche** ou villosités choriales***) sont **conservés à température ambiante** et acheminés si possible **dans les 24 heures** au laboratoire.

* *Tube spécifique (Héparinate de lithium – bouchon vert sans gel)*

** *Flacon liquide amniotique ou flacon stérile + eau physiologique stérile (10mL)*

TRANSPORT

Dans tous les cas, la demande de caryotype foetal dûment remplie, accompagnée de la prescription.

En cas d'indication relevant d'une prise en charge :

- la demande d'entente préalable (*modèle S3132*)
- la photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré(e) (*si possible*)
- les résultats des caryotypes antérieurs
- le compte-rendu échographique si nécessaire
- le compte-rendu du résultat HT21 et/ou DPNI si nécessaire
- tout autre compte-rendu si nécessaire

**DOCUMENTS
A JOINDRE**

En cas d'indication relevant de **convenance personnelle**, joindre un règlement à l'ordre de BIOXA :

- 360 € **HN, si liquide amniotique – villosités choriales**
- 100 € **HN, FISH rapide interphasique (aneuploïdie des chromosomes 13-18-21-X et Y)**