

Un formulaire distinct doit être rempli pour chaque patiente. Nous ne commencerons l'analyse génétique qu'à la réception du présent formulaire, dûment complété en majuscules et signé par la patiente ainsi que par le médecin prescripteur

Identification de la patiente

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Adresse résidentielle: _____

Adresse facturation: _____

Adresse email: _____

Téléphone: _____

Numéro NISS: _____

Origine ethnique: _____

Identification du médecin prescripteur

Nom: _____

Prénom: _____

Service prescripteur: _____

Adresse: _____

Adresse email: _____

Adresse E-health: _____

Téléphone: _____

Numéro d'INAMI: _____

Date prescription*: _____

Votre référence: _____

Autre(s) destinataire(s): _____

Adresse: _____

Langue préférée du rapport Français Anglais Néerlandais

Données de la grossesse

Avant la grossesse:
 Taille (cm): _____ Poids (kg): _____ BMI: _____

Grossesse:
 spontanée après FIV après ICSI après DPI don d'ovocyte

Echographie:
 Date: ____/____/____ Attention! Le TPNI est moins fiable avant 12 semaines de grossesse
 N° de semaines de grossesse: _____ semaines _____ jours
 Signes mineurs: Absents
 Suggestifs d'une trisomie 21
 Suggestifs d'une autre anomalie (numérique)
 Description: _____
 N° de fœtus: 1 2 jumeau évanescent
 Chorionicité: BC/BA MC/BA MC/MA
 Attention! Le TPNI ainsi que la détermination du sexe est moins fiable en cas de jumeau (évanescent)

Historique

Grossesse(s): G: ____ P: ____ A: ____ Fausse couche
 Avortement
 Extra-utérine
 Molaire

Antécédents d'anomalies génétiques:
 Pour une grossesse précédente: _____
 Chez la patiente: _____
 Dans la famille: _____

Antécédents de la patiente enceinte:
 Médicaux: _____ Date: ____/____/____
 Chirurgicaux: _____ Date: ____/____/____
 Médicaments/thérapies: _____ Date: ____/____/____
 Autres: _____ Date: ____/____/____

Données de l'échantillon

1st 1x 10 mL sang dans tube Streck
 Attention! minimum 8 mL sang/tube et nécessité d'inverser le tube immédiatement après le prélèvement est requis
 Conservation et transport: à température ambiante pendant maximum 1 journée ou au frais jusqu'à 4°C pendant plusieurs jours - éviter absolument la congélation

Date de prélèvement: _____ Heure de prélèvement: _____

Date de réception: _____ Heure de réception: _____

Consentement éclairé de la patiente enceinte

- Je suis informée des possibilités et limites de ce test, comme décrites dans la brochure. J'ai eu l'occasion de demander des informations complémentaires à mon médecin.
- Je comprends que ce test est destiné à la détection des trisomies 21, 18 et 13 à partir de 12 semaines de grossesse. D'autres tests plus appropriés peuvent être effectués quand il y a un risque augmenté pour certaines maladies génétiques.
- En cas de résultat normal, la probabilité que le fœtus soit atteint de trisomie 21, 18 ou 13 est très réduite, mais n'est pas totalement exclue. Un résultat anormal doit être confirmé par un examen prénatal invasif (amniocentèse).
- Le résultat sera généralement disponible dans un délai de 4 jours suivant la réception de l'échantillon sanguin.
- Dans environ 5 % des cas, aucun résultat ne peut être obtenu. Dans ce cas, un nouvel échantillon de sang peut être testé sans coût supplémentaire.
- Je comprends que le coût de ce test est de 260 EUR (+ éventuelle indexation), mais qu'un maximum de 8,68 EUR est à ma charge.
- Dans certains cas, le TPNI peut détecter d'autres anomalies chromosomiques que les trisomies 21, 18 ou 13 ayant une signification clinique. Le "Centre de Génétique Médicale (UZ Brussel et/ou Erasme)" transmettra ces résultats à mon gynécologue afin de pouvoir adapter le suivi de ma grossesse.

Patiente

Je comprends les informations ci-dessus et je comprends que le TPNI génomique peut être effectué pour la détection fœtale des trisomies 21, 18 et 13

Je ne veux pas être informée de la présence d'anomalies chromosomiques pertinentes autres que les trisomies 21, 18 et 13.

Nom: _____

Date: _____

Signature: _____

Médecin prescripteur

J'ai informé la patiente des possibilités et des limites d'un TPNI génomique pour la détection fœtale des trisomies 21, 18 et 13

Nom: _____

Date: _____

Signature: _____