

Coordonnées patient :

- Si patient hospitalier CHU Brugmann, coller l'étiquette WISH
 - Si patient non CHU Brugmann, coller une vignette mutuelle ou compléter les champs ci-après :

Nom

Prénom

Date de naissance / / Tel :

Adresse

Code postal Ville

NISS :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle : oui non

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Prescripteur

Date et heure de la prescription : / / ; h

Mode de transmission des résultats : eHealth Box Poste

Autre :

Copie résultats (nom, prénom et adresse) :

.....

Je certifie que ma patiente a été pleinement informée des détails, des capacités et des limites des tests. La patiente a donné son plein consentement pour ces tests (Signature de la patiente obligatoire - voir consentement au verso).

Cachet – Signature :

Demande d'analyses TEST PRENATAL NON-INVASIF (NIPT) trisomies 21,18 et 13



Contact : ☎ 02/477 28 78 ✉ LMF@chu-brugmann.be

ANALYSES

2350 Test prénatal (T21, T18, T13)

Je souhaite connaître le sexe de l'enfant à naître ?

RC70 oui non

Collecte de 2 tubes Streck (Min 2 x 8,4 mL de sang)

Conservation à l'abri de la lumière à température ambiante.

Ne pas congeler !

Arrivée au laboratoire 4 jours maximum après la collecte.

Transport entre 5 et 35°C

Préleveur

Nom :

Date et heure de prélèvement :

..... / / ; h

Le professionnel de santé préleveur respecte le manuel de prélèvement dans sa version en vigueur, disponible sur le site internet : <http://www.chu-brugmann.be/sitesq/homesys.asp>

Numéro protocole Labo

(étiquette GLIMS)

DONNEES DE LA MAMAN

RC71

Poids maternel (kg) :

Taille (cm) :

Echographie :

• Conditions techniques : Bonne Moyenne Mauvaise

• Date de l'échographie : / /

• Examineur :

• Mesure de la LCC (mm) :

• AG (min 10 SA) :

• Mesure diamètre bipariétal (mm) :

• Nombre de fœtus : 1 2

si gémellaire,

Bichoriale Monochoriale Evanescent

Date présumée de l'accouchement : / /

Fécondation in vitro : oui non

Si oui : don d'ovocyte oui non

Si oui : âge de la donneuse : ans

Signes échographiques suggérant une anomalie :

Absents Présents :

.....

Prise d'un traitement médicamenteux à base d'héparine :

non oui :

ANTECEDENTS

G : P : FC : Interruption de grossesse : Médicale : Volontaire :

Grossesses précédentes avec anomalie chromosomique non oui :

RC72 Antécédents familiaux ou personnels de maladie génétique non oui :

Antécédents de transfusion, cancer, transplantation, thérapie par cellules souches non oui :

Autres informations :

CONSENTEMENT PATIENT

Le test prénatal non invasif ou NIPT, est un test de dépistage qui analyse l'ADN fœtal acellulaire (ou « cff DNA ») dans le sang maternel. Il aide à déterminer le risque d'anomalies génétiques (trisomie 21, 18 et 13) chez le fœtus, ainsi que si désiré, le sexe du fœtus.

En Belgique, le test est remboursé dès 12 semaines d'aménorrhée. En l'absence de régime préférentiel par l'INAMI, la contribution personnelle (ticket modérateur) s'élève à 8,68€.

Le NIPT ne convient pas aux patientes ayant reçu une greffe de moelle osseuse ou d'organe. Ce test n'est pas non plus indiqué quand une clarté nucale mesurée lors de l'échographie du premier trimestre est ≥ 3.5 mm. Le test prénatal n'a été ni conçu ni validé pour le diagnostic ou la détection du mosaïcisme, de la trisomie partielle ou des translocations. Certaines conditions biologiques rares peuvent également affecter la précision du test.

Le résultat NIPT ne doit pas être considéré comme un diagnostic. En effet le NIPT est très fiable mais pas à 100% et ceci y compris pour le sexe fœtal. Il donne une indication du risque de survenue d'une trisomie 21, 18 et 13 chez le bébé, à savoir :

Un résultat « **BAS RISQUE** » indique que le risque que le bébé présente une trisomie 21, 18 et 13 est faible, ce qui sous-entend aussi que le risque de trisomie 21, 18 et 13 ne peut pas totalement être exclu.

Un résultat « **HAUT RISQUE** » signifie un risque accru mais doit toujours être confirmé par un test de diagnostic, à savoir une biopsie de trophoblaste ou une ponction de liquide amniotique. Le choix du type de geste invasif est fonction du type de résultat « HAUT RISQUE » ainsi que de la présence ou pas de signes échographiques et sera donc discuté au cas par cas avec le spécialiste en médecine fœtale.

Les résultats concernant les grossesses gémellaires reflètent la probabilité qu'au moins un des fœtus soit affecté. Les résultats « garçon » s'appliquent à l'un des fœtus ou aux deux, et les résultats « fille » s'appliquent aux deux fœtus. Seul un nombre limité d'aneuploïdies issues de grossesses gémellaires et avec don d'ovocyte a pu être évalué car ces conditions sont rares.

Dans de rares cas, un résultat ne peut être obtenu avec le premier échantillon si les critères de qualité de l'échantillon prélevé pour fournir un résultat fiable ne sont pas atteints. Un nouveau prélèvement sanguin vous sera alors proposé sans frais supplémentaire.

Vous consentez à participer à des études de développement et de validation anonymisées en laboratoire. Vous reconnaissez et donnez votre accord pour qu'une fois le(s) test(s) de votre choix effectué(s), vos données personnelles (y compris, sans s'y limiter, les informations incluses dans le formulaire de demande de test[s] et les résultats du/des test[s]), ainsi que la partie restante non utilisée de votre échantillon, qui pourra être conservée durant plus de 60 jours, puissent être utilisées sous forme anonymisée dans des études en laboratoire de validation, développement de processus et/ou contrôle qualité. Si je souhaite m'y opposer, je coche cette case .

Ma signature sur ce formulaire atteste que j'ai lu ou qu'on m'a lu le consentement éclairé qui figure ci-dessus. Je comprends les termes du consentement éclairé et autorise le Laboratoire à effectuer les tests sélectionnés. J'ai été informée des possibilités et limites de ce test. J'ai eu l'occasion de poser des questions et de discuter des capacités, limites et risques potentiels du/des test(s) avec mon médecin ou un représentant attitré de mon médecin. Je sais que je peux, si je le désire, obtenir une consultation de génétique de la part d'un professionnel avant de signer ce consentement.

PATIENT

Nom :
Prénom :
Date :
Signature :

MEDECIN / CLINICIEN

Cachet du médecin :