

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

## FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN

PATIENTE	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom.....	N° identification  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _  clé  _ _
Prénom.....	Adresse e-mail :
Nom de jeune fille.....	Cachet obligatoire
Adresse .....	Signature :
Date de naissance :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ _	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	ECHOGRAPHISTE
Taille et poids .....(cm) .....(kg)	N° identification  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _  clé  _ _
Date de début de grossesse :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ _	N° de réseau  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Grossesse obtenue par fécondation in vitro ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nombre d'embryons : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Si grossesse gémellaire, préciser le type :	
LABORATOIRE PRELEVEUR	
Laboratoire .....N°Client : <b>C</b>  _ _ _ _ _ _ _ _	Date de prélèvement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ _ _
Adresse .....	Heure de prélèvement :  _ _  h  _ _
.....	Facturation patiente : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui, joindre impérativement au prélèvement un chèque à l'ordre du Laboratoire Cerba.
INDICATION	
<b>Dans tous les cas, joindre obligatoirement le compte-rendu de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre</b>	
<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels (risque supérieur ou égal à 1/250) SANS hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure au 95 <sup>ème</sup> percentile) ou autre anomalie échographique :	Joindre copie du résultat
<input type="checkbox"/> Dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre	
<input type="checkbox"/> Dépistage séquentiel intégré au 2 <sup>ème</sup> trimestre	
<input type="checkbox"/> Dépistage au 2 <sup>ème</sup> trimestre par les marqueurs sériques maternels « seuls ».	
<input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse avec aneuploïdie fœtale	Joindre copie du résultat
<input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 ou 21	Joindre copie du résultat
<input type="checkbox"/> Patiente âgée de plus de 38 ans SANS hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure au 95 <sup>ème</sup> percentile) ou autre anomalie échographique et n'ayant pas pu bénéficier d'une évaluation du risque d'aneuploïdie fœtale par un test de dépistage sérique	Joindre compte-rendu échographique
<input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire, SANS hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure au 95 <sup>ème</sup> percentile) ou autre anomalie échographique	Joindre compte-rendu échographique
<input type="checkbox"/> Autre :	Nous contacter
Partie réservée au Laboratoire Cerba	
<input type="checkbox"/> Code nature : CFDS (sang total tube Streck)	<i>Etiquette dossier</i>
<input type="checkbox"/> Code analyse : NIPS	