

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	
LaboratoireN°Client : C _ _ _ _ _ _ _ _	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	
Dans tous les cas, joindre obligatoirement le compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre	
<input type="checkbox"/> Marqueurs sériques maternels (risque supérieur ou égal à 1/250) SANS hyperclarté nucale (clarté nucale inférieure au 95 ^{ème} percentile) ou autre anomalie échographique :	Joindre copie du résultat
<input type="checkbox"/> Dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre	
<input type="checkbox"/> Dépistage séquentiel intégré au 2 ^{ème} trimestre	
<input type="checkbox"/> Dépistage au 2 ^{ème} 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 ^{ème} 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 ^{ème} 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	