

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



لدكتورة الزرعى أمال
ختصاصية في أمراض النساء والتوليد

لبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

نمل عالي المخاطر والفحص بالصدى 3D/4D

راحة النساء والشد

راحة بالمنظار - العقم والإخصاب

28/5/23

163300

Mme BENNANI. Dosse. KAWTAR

Dr. Salimi 21

Dr. ZARI Amal
Gynécologue Obstétricienne
152, Boulevard Al Qods
2ème Etage Casablanca
Tél: 05 22 87 40 07 - Courriel: zariamal2975@gmail.com

Bon de demande

Estimation du risque de trisomie 21 fœtale

par l'étude des marqueurs sériques maternels - 1^{er} et 2^{ème} trimestre

Réserve
Laboratoire Euromins Biomnis
Etiquette code-barre

Secrétariat

Du lundi au vendredi de 7h30 à 17h30 • Tél 04 72 80 73 75 • Fax 04 72 80 73 62 • Email secretariat.T21@biominis.euromins.eu

PRESCRIPTEUR

N° RPPS : _____ Prénom : _____
Nom : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____ Fax : _____
Tél : _____
E-mail : _____

ÉCHOGRAPHISTE

N° d'identification : _____ Prénom : **AMAL**
Nom : **Dr ZARI**
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____ Fax : _____
Tél : _____
E-mail : _____

PATIENTE

Nom : **Bennani Dasse** Prénom : **KAWTAR**
Nom de naissance : _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____ Tél : _____
E-mail : _____

DONNÉES NÉCESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie : **25/03/23** LCC : **57,4** mm (doit être entre 45 et 84 mm)
CN : **10** mm
Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : **25/03/23**
Ou à défaut : _____ Date d'accouchement prévue : _____ (à 40,3 SA)
Nombre de fœtus : **1** Si grossesse gémellaire : ☐ monochoriale ☐ bichoriale

Renseignements concernant la patiente et intervenant dans le calcul du risque :

- Poids de la patiente : _____ kg
- Fumeuse (arrêt depuis plus de 15 jours = non) ? ☐ Oui ☒ Non
- Diabète insulino-dépendant ? ☐ Oui ☒ Non
- Grossesse antérieure avec trisomie 21 libre ? ☐ Oui ☒ Non
- Origine géographique : ☒ Europe / Afrique du Nord ☐ Afrique sub-saharienne et Antilles ☐ Asie ☐ Autres (métisses par ex.) : _____

- ☐ Jumeau évanescent (perte fœtale à SA)
Visible à l'échographie 1T ? ☐ NON ☐ OUI, LCC : _____ mm
- ☐ Don d'ovocyte - Age de la donneuse : _____ ans
- ☐ Transfert d'embryon congelé : _____ Date de congélation : _____
- ☐ Insuffisance rénale chronique ☐ Autres : _____

Une fois anonymisées, les données recueillies sont transmises à l'Agence de la Biomédecine. Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à suivre et à évaluer la qualité du dépistage de la trisomie 21.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre médecin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DÉPISTAGE

☒ 1^{er} trimestre : **risque combiné (PAPP-A + hCGβ + CN)**
Prélèvement entre _____ et _____

☐ 2^{ème} trimestre : **marqueurs sériques maternels sans CN**
☐ Double test (hCGβ + AFP) ☐ Triple test (hCGβ + AFP + uE3)
Prélèvement entre _____ et _____

LABORATOIRE

Prélèvement réalisé le _____ à _____ h _____ min.

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Information et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée **Bennani**
atteste avoir reçu, du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (*) (nom, prénom) : **Dr ZARI**

au cours d'une consultation en date du : _____
des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :
• les caractéristiques de la trisomie 21 ainsi que les modalités de prise en charge des personnes porteuses de trisomie 21 ; le fait que cet examen permette d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité notamment la trisomie 21 ;
• les modalités de cet examen :

- une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- un calcul de risque de trisomie 21 est effectué il prend notamment en compte les données l'échographie prénatale du premier trimestre lorsque ces résultats sont disponibles utilisables ;
- le résultat de cet examen est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être porteur de la trisomie 21. Ce risque ne permet pas à seul d'en établir le diagnostic.

Le résultat du calcul de risque me sera remis et expliqué par le médecin prescripteur ou autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal :

- si le risque est $< 1/1000$, il est considéré comme suffisamment faible pour arrêter cette procédure de dépistage et poursuivre une surveillance simple de la grossesse même s'il n'écarte complètement la possibilité pour le fœtus atteint de l'affection ;
- si le risque est compris entre $1/51$ et $1/10$, un examen de dépistage portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel sera proposé pour compléter le dépistage ;
- si le risque est $\geq 1/50$ la réalisation d'un type fœtal à visée diagnostic me sera proposée d'emblée. Cet examen nécessite un prélèvement invasif (de liquide amniotique, de chorion ou de sang fœtal).

Seul le résultat du caryotype fœtal permet de confirmer ou non l'existence de la trisomie 21. Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels. L'original de ce document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer le prélèvement biologique et, le cas échéant, le risque. Le laboratoire de biologie autorisée par l'agence régionale de santé auquel exerce le praticien ayant réalisé les dosages et, le cas échéant, le calcul conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date : _____

Signature du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique

Signature de la patiente

Signature de l'intermédiaire

Signature de l'intermédiaire

Signature de l'intermédiaire

Signature de l'intermédiaire

Signature de l'intermédiaire

Signature de l'intermédiaire

(*) Rayez la mention inutile.