



n° réception IPG

n° analyse IPG

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LE TEST GENETIQUE PRENATAL NON-INVASIF (TPNI) DES TRISOMIES 13, 18 et 21 (analyse accréditée 15189 (MED-381))

DONNEES DE LA MERE

| | |
|---|---|
| Nom : Prénom : Date de naissance : Tél. Patient (facultatif) : Adresse complète : Rue et n° : Code postal et Localité : Mutuelle : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NISS : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Date prévue de l'accouchement :/...../..... Age de la grossesse en semaine : SA (min 12 SA) * Grossesse : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> gémellaire <input type="checkbox"/> (BC/BA) <input type="checkbox"/> (MC/BA) <input type="checkbox"/> (MC/MA) Poids avant la grossesse : Taille : Sexe du/des fœtus à l'échographie : <input type="checkbox"/> Masculin, <input type="checkbox"/> Féminin, <input type="checkbox"/> Inconnu |
|---|---|

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

| | |
|--|--|
| Nom : Prénom : Hôpital/Institution : Rue et n° : Code postal et Localité : Téléphone : GSM : <i>Il est important de nous communiquer votre n° de GSM au cas où nous devons vous joindre rapidement</i> N° Inami : | Copie à : Adresse : Prélèvement : - Date :/...../..... - Heure :h..... |
|--|--|

REMISE du RESULTAT

MEXI COURRIER

PRELEVEMENT du lundi au vendredi - Pour tous renseignements : ☎ : 071/44.71.81

| | |
|---|---|
| 1 tube Cell-Free_DNA_BCT de la marque Streck de 10 ml (à remplir avec au moins 8 ml de sang maternel pour pouvoir obtenir suffisamment d'ADN foetal). | Réception : Date :/...../..... Heure :h..... L'échantillon doit être envoyé au laboratoire le plus rapidement possible Ne pas congeler et laisser le prélèvement à température ambiante. Mélanger le tube 10 fois après ponction par inversion |
|---|---|

ANTECEDENTS

| | |
|--|---|
| Gestité : Parité : Fausses couches : Interruptions de grossesse : | Grossesses précédentes avec anomalie chromosomique (préciser) : |
| Antécédents familiaux ou personnels de maladie génétique (préciser) : | Antécédents de transfusion, transplantation, thérapie par cellules souches, cancer (préciser) : |

ECHOGRAPHIE PREMIER TRIMESTRE **

| |
|--|
| |
|--|

* Le dépistage n'est remboursé qu'à partir de la 12^e semaine de grossesse, non cumulable avec autres tests de dépistage de trisomie (triple test, test combiné)

** En cas d'anomalies fœtales à l'échographie, il est conseillé de recourir à une PLA suivie d'une CGH

Code non-conformité :

Initiales TL

CONTACT

Fichier téléchargeable à l'adresse : <http://www.ipg.be>

Voir consentement obligatoire (verso)

CONSENTEMENT ECLAIRE *

1. Je comprends parfaitement l'indication, l'objectif, les caractéristiques, les avantages et les limites de ce test. Mon médecin, le Dr _____, a répondu à toutes mes questions.
2. Je comprends que ce test est seulement destiné à détecter les trisomies 13, 18 et 21 chez le fœtus, à partir de 12 semaines d'aménorrhée. Je comprends également que le résultat est fiable mais pas à 100%. D'autres anomalies chromosomiques pourraient être éventuellement identifiées au niveau fœtal ou maternel mais ce test n'est pas validé pour la détection de ce type de réarrangement. En accord avec les recommandations de la BeSHG, les anomalies des chromosomes sexuels ne sont pas rapportées.
3. J'ai été informée que le résultat sera disponible dans un délai d'environ une semaine après réception de l'échantillon.
4. Je comprends que dans certains cas (environ 5%), un résultat ne peut être obtenu avec le premier échantillon sanguin. Un nouveau prélèvement sanguin peut être nécessaire suite à des circonstances imprévues, dont une concentration insuffisante d'ADN fœtal dans l'échantillon de sang, une dégradation de l'échantillon pendant le transport ou d'autres imprévus. Si cela se produit, un nouveau prélèvement sanguin pourra être réalisé et analysé sans frais supplémentaires.
5. Je comprends que le résultat ne doit pas être considéré comme un diagnostic. Un résultat positif signifiant un risque accru doit toujours être confirmé par un test diagnostique, par exemple une ponction de liquide amniotique (à partir de 15 semaines d'aménorrhée).
6. Je consens à fournir des informations pertinentes concernant cette grossesse, comme l'identification d'une anomalie chromosomique (translocation notamment) ou d'un trouble génétique dans la famille. Je comprends et j'accepte que mon médecin puisse me contacter pour me demander de telles informations.
7. J'ai été informée que ce test est remboursé à partir du 1^{er} juillet 2017. Le remboursement est soumis à un ticket modérateur de 8,68 €. Ce remboursement n'est pas cumulable avec les autres tests de dépistage de trisomie sur sang maternel (triple test, test combiné,...).
8. **Ce test est accrédité 15189 (MED-381) depuis avril 2015.**
9. Le consentement peut être accompagné d'une consultation de médecin spécialiste. Dans ce cas, vous serez amenée à payer un supplément qui correspond au ticket modérateur.
10. Le test TPNI est effectué conformément aux recommandations de la société belge de génétique humaine (BeSHG) disponibles via le lien : <http://www.beshg.be/index.php?page=guidelines>, section « Summary of NIPT guidelines » et « NIPT guidelines for incidental findings ».

JE SUIS D'ACCORD DE REALISER CE TEST DANS LE CADRE D'UNE DETECTION PRENATALE DES TRISOMIES 13, 18 et 21

| PATIENTE | MEDECIN / CLINICIEN |
|-------------------|---------------------|
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| Date : _____ | Date : _____ |
| Signature : _____ | Signature : _____ |

(*) A signer obligatoirement pour réalisation de l'analyse