



**Laboratoire de génétique chromosomique**

LAB-CYRE-CGE3-ENR-012-10

Hôpital Morvan (bât 5bis) – 2, av Foch - 29609 BREST cedex

Email : labo-cytogenet@chu-brest.fr

Tél. : 02-98-22-33-24 ou 02-29-02-02-15

Fax : 02-98-22-39-61

**DEMANDE D'EXAMEN CYTOGENETIQUE PRENATAL**

(Grossesse en cours ou arrêtée)

**MEDECINS :**

- **PRESCRIPTEUR** : Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_
- **Autres professionnels de santé à informer du résultat** : \_\_\_\_\_

**PRELEVEMENT :** Identité de l'opérateur : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Terme : \_\_\_\_\_

Liquide amniotique     Villosités Choriales     Autre (ex : sang fœtal, placenta) : \_\_\_\_\_  
Quantité : \_\_\_\_\_ Aspect :  Clair  Brun  Hémorragique     Sang des parents (Villosités choriales, placenta, produit de fausse couche)

**MADAME :** Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

*Antécédents d'anomalie chromosomique, génétique :* \_\_\_\_\_

Date - des dernières règles : \_\_\_\_\_ - du début de grossesse : \_\_\_\_\_  
- d'accouchement : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

**MONSIEUR :** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
*Antécédents d'anomalie chromosomique, génétique :* \_\_\_\_\_

**DESCENDANCE (enfants et fausses couches) :** préciser, si possible, quand il y a changement de conjoint

Date	Terme	Sexe	Phénotype – Evolution

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :** Anomalies chromosomiques, malformations congénitales, retards mentaux, stérilités, FCS :

**DETAIL DE L'INDICATION :** joindre impérativement le justificatif

- Anomalie chromosomique parentale : \_\_\_\_\_
- Enfant ou fœtus présentant une anomalie chromosomique : \_\_\_\_\_
- Signe d'appel échographique : \_\_\_\_\_
- Signe d'appel biologique : \_\_\_\_\_
- Secondaire à ADNlc (ADN libre circulant) : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

**INFORMATION** (Joindre résultat) : **MARQUEURS SERIQUES :** \_\_\_\_\_ **ADNlc :** \_\_\_\_\_

**Pièces à joindre :**

- une ordonnance signée par le prescripteur précisant la raison du caryotype
- un imprimé de demande d'entente préalable rempli et signé du prescripteur
- information et consentement de la patiente (cf verso du document)
- une photocopie de l'attestation d'assuré social de la patiente
- si sang des parents : consentement spécifique de génétique moléculaire



**INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA REALISATION DU  
PRELEVEMENT ET D'UN OU DE PLUSIEURS EXAMENS A VISEE DE DIAGNOSTIC**

(pour les examens de biologie médicale mentionnés aux 1° à 4° du II de l'article R.2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée.....  
atteste avoir reçu, du médecin (nom, prénom) : .....  
au cours d'une consultation médicale en date du : .....

1° Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2° Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :

- cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ;
- j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (**rayez les mentions inutiles**) :

- Liquide amniotique     Villosités choriales     Autre (ex : sang fœtal, placenta) : .....

Je consens également à l'examen ou aux examens pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué (**rayez les mentions inutiles**) :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Date : .....

Signature du médecin : .....

Signature de l'intéressée.....

*Ce consentement est révocable à tout moment.*

*Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.*

*L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.*

*Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.*

*Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.*