

PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :
 Adresse :
 CP : _____ Ville :
 Tél. : _____ Fax : _____
 Email :
 Date : _____

Cachet
du prescripteur

Réservé
Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

Signature :

PATIENTE

Nom : Adresse :
 Nom de naissance :
 Prénom : CP : _____ Ville :
 Date de naissance : _____

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES À LA PRISE EN CHARGE

Date de début de grossesse : _____ Nombre d'embryons évolutifs :
 Jumeau évanescent : OUI NON (Le prélèvement doit être effectué 8 semaines minimum après arrêt d'évolution du jumeau 2)
 Nuque supérieure ou égale à 3,5mm à l'échographie du premier trimestre : OUI NON
 Présence de signes d'appel échographiques : OUI NON
 Si présence de signes d'appel échographiques, détailler :

INDICATIONS CLINIQUES

- Dépistage par les marqueurs sériques maternels : (cocher chaque ligne)
1. Stratégie de dépistage : combiné 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre (marqueurs sériques "seuls")
 2. Risque : accru ($\geq 1/50$) : 1/..... intermédiaire ($1/51-1/1.000$) : 1/.....
- Grossesse gémellaire
 Antécédent de grossesse avec trisomie 21 Formule du caryotype fœtal :
 Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21
 1^{er} prélèvement non informatif N° dossier Eurofins Biomnis (sinon joindre le compte-rendu) :

NON REMBOURSÉ (NR) Dépistage primaire Souhait parental Autres

Important

Ce test doit être prescrit **APRÈS** la réalisation de l'échographie du 1T. Il ne doit pas être proposé en présence d'une hyper clarté nucale $\geq 3,5$ mm ou d'une autre anomalie échographique (**nous contacter en cas de signes mineurs**). Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

Documents OBLIGATOIRES à transmettre avec le prélèvement

- La prescription médicale
- Ce bon de demande dûment **renseigné et signé**
- L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, consignée par la patiente et le prescripteur
- Pour les analyses NR : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR

LABORATOIRE

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39)
Nous mettons à votre disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur la boutique en ligne Biomnis Connect > Commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K39.

Prélèvement réalisé le :

_____ à _____ h _____ min

Facturation Laboratoire Facturation Patiente