

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'ÉVALUATION DU FACTEUR DE RISQUE DU  
SYNDROME DE DOWN, DE TRISOMIE 18 ET DES MALFORMATIONS DU TUBE NEURAL**

**(GROSSESSE DU 2<sup>ème</sup> TRIMESTRE 14 - 21 SEMAINES)**

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES POUR LE CALCUL**

**1- SIGNALÉTIQUE**

Nom et prénom de la patiente : .....

Date de naissance:    ( Jour, Mois, Année)

Médecin: ..... Copie du rapport à : .....

Adresse: ..... Adresse : .....

.....

.....

Tèl : .....

Fax : .....

Date de la prise de sang :    ( Jour, Mois, Année)

Premier jour des dernières règles :    ( Jour, Mois, Année)

Fiabilité de cette date : Oui  Non  Inconnu

**2- ECHOGRAPHIE**

Clareté nucale effectuée entre 11 et 13 semaines

A) NON

Date de l'échographie :    ( Jour, Mois, Année)

Age gestionnel échographique à cette date :  ,  (Semaines, Jours)

B) OUI

Examineur : .....

Date de l'échographie :    ( Jour, Mois, Année)

CRL : mesure en mm :  ,  mm **INDISPENSABLE**

Age gestionnel à cette date :  ,  (Semaines, Jours)

Clareté nucale : mesure en mm : 1ère mesure  ,  mm

2ème mesure  ,  mm

3ème mesure  ,  mm

Nombre de fœtus :

**3- INFORMATION CLINIQUE**

Fécondation in vitro : Oui

Si réimplantation d'embryons congelés,

date de la fécondation in vitro :    ( Jour, Mois, Année)

si don d'ovocytes, mois et année de naissance de la donneuse :   (Mois, Année)

**DONNÉE PERMETTANT UN CALCUL PLUS PRÉCIS (très important en cas de valeur extrême pour le poids)**

POIDS au moment de la prise de sang :  ,

FUMEUSE : Oui  Non  Inconnu

DIABÈTE insulino dépendant : Oui  Non  Inconnu

ETHNIE : Caucasienne  Afrique noire  Asiatique  Autre : .....

Ce test n'est qu'un test de dépistage des femmes à risque accru de porter un fœtus atteint de trisomie 21.

Par conséquent ce test n'a aucun sens si une biopsie de villosités ou une amniocentèse a été réalisée ou est prévue queque soit le résultat du test.