

**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^{ème} 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 gestationnel échographique à cette date : , (Semaines, Jours)

B) OUI

Examineur :

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

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

Age gestationnel 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 que soit le résultat du test.