



# CARYOTYPE FOETAL



**03.26.04.07.89**

**Les prélèvements sont acceptés du lundi au samedi :**

- du lundi au vendredi, de 7h30 à 19h30
- le samedi, de 7h30 à 14h00

***Prise de rendez-vous souhaitable***

**RENDEZ-VOUS**

Les prélèvements (*liquide amniotique, sang foetal hépariné\* ou villosités choriales\*\**) sont **conservés à température ambiante** et acheminés **dans les 24 heures** au laboratoire.

\* Tube spécifique (*Héparinate de lithium – bouchon vert*)

\*\* Flacon liquide amniotique + eau physiologique stérile (*10mL*)

**TRANSPORT**

**Dans tous les cas, la demande de caryotype foetal dûment remplie, accompagnée de la prescription.**

En cas d'indication relevant d'une prise en charge :

- la demande d'entente préalable (*modèle S3132*)
- la photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré(e) (*si possible*)
- les résultats des caryotypes antérieurs
- le compte-rendu échographique si nécessaire
- le compte-rendu du résultat HT21 si nécessaire
- tout autre compte-rendu si nécessaire

**DOCUMENTS  
A JOINDRE**

**En cas d'indication relevant de l'âge maternel, indiquer sur l'entente-préalable : « Non réalisation des marqueurs sériques maternels de la Trisomie 21 »**

En cas d'indication relevant de **convenance personnelle**, joindre un règlement de:

- 360 € **HN, si liquide amniotique – villosités choriales**
- 100 € **HN, FISH rapide interphasique (aneuploïdie des chromosomes 13-18-21-X et Y)**

# DEMANDE DE CARYOTYPE FOETAL

UNITE DE BIOLOGIE PRENATALE - Laboratoire BIOXA - PORTE DE PARIS - 51100 REIMS

Docteurs E. NOWAK et JM. DOSSOT - ☎ 03.26.04.07.89 📠 03.26.08.76.50

## PATIENTE

Nom d'usage (nom d'épouse): .....

Nom de naissance (nom jeune fille): .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse .....

☎ : .....

Caisse d'assurance maladie

Nom : .....

Adresse : .....

N°SS : .....

PRELEVEMENT LE ...../...../.....

Nature du prélèvement :

Liquide amniotique (LA)

Villosités chorales (VC)

Sang foetal (SF)

Autres .....

Autres analyses :

AFP (Liq. Amniotique)

Kleihauer

Acétylcholinestérase

Enzymes digestives

## MEDECINS

Demandé par Dr : .....

Prélevé par Dr : .....

## GROSSESSE ACTUELLE

**MONOFOETALE**

**GEMELLAIRE :**

Monochoriale

Bichoriale

Date de début de grossesse : ...../...../.....

↳ à défaut Date des dernières règles : ...../...../.....

Terme théorique : ...../...../.....

## INDICATIONS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE à 100%

- 1- Age maternel supérieur à 38 ans à la date du prélèvement  
↳ Uniquement si non réalisation du dépistage biologique (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> T) dans les temps (JO du 27/10/09)
- 2- Anomalies chromosomiques parentales
- 3- Antécédent, pour le couple, de grossesse(s) avec caryotype anormal
- 4- Signes d'appels échographiques suivants (**Test FISH rapide inclus**):
  - anomalies morphologiques du foetus démontrées, internes ou externes
  - retard de croissance intra-utérin avéré
  - anomalie de quantité de liquide amniotique
- 5- Diagnostic de sexe pour maladies liées au sexe
- 6- Dépistage biologique positif du risque de T21 fœtale (1<sup>er</sup>T / 2<sup>ème</sup>T)

## INDICATIONS NE RELEVANT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE

- Convenance personnelle (360€ HN)
- Aneuploïdies des chromosomes (13-18-21-X-Y) (100€ HN)  
↳ Sauf indication de signes d'appels écho (pris en charge)

### HYBRIDATION IN SITU

**FISH rapide interphasique**  
Premiers résultats en  
48 à 72 heures,  
cocher si besoin.

## INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (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 chorales (placenta), de sang foetal ou tout autre prélèvement foetal ;
- 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 (\*) :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang foetal ;
- autre prélèvement foetal (précisez).

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

- 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.

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.

Date :

(\*) Rayez les mentions inutiles

Cachet et signature du médecin

Signature de l'intéressée

# CARYOTYPE FOETAL



**03.26.04.07.89**

**Les prélèvements sont acceptés du lundi au samedi :**

- du lundi au vendredi, de 7h30 à 19h30
- le samedi, de 7h30 à 14h00

***Prise de rendez-vous souhaitable***

**RENDEZ-VOUS**

Les prélèvements (*liquide amniotique, sang foetal hépariné\* ou villosités chorales\*\**) sont **conservés à température ambiante** et acheminés **dans les 24 heures** au laboratoire.

\* *Tube spécifique (Héparinate de lithium – bouchon vert)*

\*\* *Flacon liquide amniotique + eau physiologique stérile (10mL)*

**TRANSPORT**

**Dans tous les cas, la demande de caryotype foetal dûment remplie, accompagnée de la prescription.**

En cas d'indication relevant d'une prise en charge :

- la demande d'entente préalable (*modèle S3132*)
- la photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré(e) (*si possible*)
- les résultats des caryotypes antérieurs
- le compte-rendu échographique si nécessaire
- le compte-rendu du résultat HT21 si nécessaire
- tout autre compte-rendu si nécessaire

**DOCUMENTS  
A JOINDRE**

**En cas d'indication relevant de l'âge maternel, indiquer sur l'entente-préalable : « Non réalisation des marqueurs sériques maternels de la Trisomie 21 »**

En cas d'indication relevant de **convenance personnelle**, joindre un règlement de:

- 360 € **HN, si liquide amniotique – villosités chorales**
- 100 € **HN, FISH rapide interphasique (aneuploïdie des chromosomes 13-18-21-X et Y)**

# DEMANDE DE CARYOTYPE FOETAL

UNITE DE BIOLOGIE PRENATALE - Laboratoire BIOXA - PORTE DE PARIS - 51100 REIMS

Docteurs E. NOWAK et JM. DOSSOT - ☎ 03.26.04.07.89 📠 03.26.08.76.50

## PATIENTE

Nom d'usage (nom d'épouse): .....

Nom de naissance (nom jeune fille): .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse .....

☎ : .....

Caisse d'assurance maladie

Nom : .....

Adresse : .....

N°SS : .....

PRELEVEMENT LE ...../...../.....

Nature du prélèvement :

Liquide amniotique (LA)

Villosités chorales (VC)

Sang foetal (SF)

Autres .....

Autres analyses :

AFP (Liq. Amniotique)

Kleihauer

Acétylcholinestérase

Enzymes digestives

## MEDECINS

Demandé par Dr : .....

Prélevé par Dr : .....

## GROSSESSE ACTUELLE

**MONOFOETALE**

**GEMELLAIRE :**

Monochoriale

Bichoriale

Date de début de grossesse : ...../...../.....

↳ à défaut Date des dernières règles : ...../...../.....

Terme théorique : ...../...../.....

## INDICATIONS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE à 100%

- 1- Age maternel supérieur à 38 ans à la date du prélèvement  
↳ Uniquement si non réalisation du dépistage biologique (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> T) dans les temps (JO du 27/10/09)
- 2- Anomalies chromosomiques parentales
- 3- Antécédent, pour le couple, de grossesse(s) avec caryotype anormal
- 4- Signes d'appels échographiques suivants (**Test FISH rapide inclus**):
  - anomalies morphologiques du foetus démontrées, internes ou externes
  - retard de croissance intra-utérin avéré
  - anomalie de quantité de liquide amniotique
- 5- Diagnostic de sexe pour maladies liées au sexe
- 6- Dépistage biologique positif du risque de T21 fœtale (1<sup>er</sup>T / 2<sup>ème</sup>T)

## INDICATIONS NE RELEVANT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE

- Convenance personnelle (360€ HN)
- Aneuploïdies des chromosomes (13-18-21-X-Y) (100€ HN)  
↳ Sauf indication de signes d'appels écho (pris en charge)

### **HYBRIDATION IN SITU**

**FISH rapide interphasique**  
Premiers résultats en  
48 à 72 heures,  
cocher si besoin.

## INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE (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 chorales (placenta), de sang foetal ou tout autre prélèvement foetal ;
- 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 (\*) :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang foetal ;
- autre prélèvement foetal (précisez).

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

- 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.

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.

Date :

(\*) Rayez les mentions inutiles

Cachet et signature du médecin

Signature de l'intéressée

# CARYOTYPE FOETAL



**03.26.04.07.89**

**Les prélèvements sont acceptés du lundi au samedi :**

- du lundi au vendredi, de 7h30 à 19h30
- le samedi, de 7h30 à 14h00

***Prise de rendez-vous souhaitable***

**RENDEZ-VOUS**

Les prélèvements (*liquide amniotique, sang foetal hépariné\* ou villosités choriales\*\**) sont **conservés à température ambiante** et acheminés **dans les 24 heures** au laboratoire.

\* Tube spécifique (*Héparinate de lithium – bouchon vert*)

\*\* Flacon liquide amniotique + eau physiologique stérile (10mL)

**TRANSPORT**

**Dans tous les cas, la demande de caryotype foetal dûment remplie, accompagnée de la prescription.**

En cas d'indication relevant d'une prise en charge :

- la demande d'entente préalable (*modèle S3132*)
- la photocopie de la carte de sécurité sociale de l'assuré(e) (*si possible*)
- les résultats des caryotypes antérieurs
- le compte-rendu échographique si nécessaire
- le compte-rendu du résultat HT21 si nécessaire
- tout autre compte-rendu si nécessaire

**DOCUMENTS  
A JOINDRE**

**En cas d'indication relevant de l'âge maternel, indiquer sur l'entente-préalable : « Non réalisation des marqueurs sériques maternels de la Trisomie 21 »**

En cas d'indication relevant de **convenance personnelle**, joindre un règlement de:

- 360 € **HN, si liquide amniotique – villosités choriales**
- 100 € **HN, FISH rapide interphasique (aneuploïdie des chromosomes 13-18-21-X et Y)**