



## Formulaire accompagnant le prélèvement pour le DPNI des aneuploïdies

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Age gestationnel au prélèvement :** SA j

**Indice de Masse Corporelle (IMC) :** (à défaut, taille : poids : )

**Indication du prélèvement :**

- Grossesse multiple : gémellaire**  / triple  **présence d'un jumeau évanescent :**
- Anomalie chromosomique parentale** ⇒ Préciser :
- Risque de T21 par les marqueurs sériques** (joindre copie du résultat si non réalisé au CHRU ou donner la valeur du risque) :
- Grossesse antérieure avec aneuploïdie** ⇒ Préciser :
- Patiente de plus de 38 ans n'ayant pas bénéficié du dépistage par les MSM**
- Autre :**

**Date du prélèvement :**

**Préleveur :**

**(Le prélèvement d'un seul tube Streck suffit, acheminé dans les 4 jours à température ambiante (possiblement réfrigéré), non centrifugé, non congelé)**

Dr G. Renom (tel : 03 20 44 49 87 (secrétariat) 03 62 94 39 28 (bureau) / fax : 03 20 44 49 57)

Laboratoire de Dépistage Périnatal

Centre de Biologie Pathologie et Génétique

CHU de Lille

**(Pour le CHU : résultat à communiquer au secrétariat du DAN  ou des CPN )**

*Ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à la rédaction des compte-rendus & à évaluer la qualité du test. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, la patiente bénéficie d'un droit d'accès & de rectification aux informations qui la concernent, qu'elle peut exercer en s'adressant à son médecin. Elle peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.*