

FICHE DE LIAISON DU DIAGNOSTIC PRENATAL

(à joindre OBLIGATOIREMENT aux prélèvements)

ANTENATAL	POSTPARTUM
<input type="checkbox"/> Liquide amniotique <input type="checkbox"/> Villosités choriales <input type="checkbox"/> Sang foetal	<input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Sang foetal <input type="checkbox"/> Autre
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>PATIENTE : Nom jeune fille : Prénom : Nom Marital : DDN :</p> </div> <div style="margin-left: 300px;"> Adresse : </div>	
<p>MEDECIN PRESCRIPTEUR (UNIQUE à qui seront transmis les résultats) :</p> <p>..... Adresse : Tél.....</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> UF : </div>	

ANALYSES DEMANDEES : avec consentement rempli en conséquence

CARYOTYPE conventionnel (B1250) après analyse rapide

CGH-array = caryotype moléculaire (BHN4000) après analyse rapide selon les recommandations nationales

FISH spécifique :

Envoi extérieur : Analyse :

Médecin : Adresse :

Conservation : ADN Surnageant

INDICATION (joindre documents selon l'indication)

Dépistage de la trisomie 21 et CN<3.5 mm (joindre résultats) (caryotype)

Clarté nucale ≥ 3.5 mm (joindre échographie) (CGH-array)

Autres signes d'appel échographiques (joindre le compte-rendu) (caryotype ou CGH-array selon CPDPN) précisez :

Anomalie chromosomique parentale (joindre caryotype) (caryotype)
précisez :

ATCD d'anomalie chromosomique (joindre caryotype) (technique adaptée à l'anomalie)
précisez :

AUTRE :

Renseignements : Parité : Gestation :

Particularités de la grossesse / Antécédents :

DDG :

Médecin ponctionneur :

PONCTION : - lieu : - date et heure :

- quantité :

- aspect du liquide amniotique : citrin - trouble - hématique

Risque infectieux :

Commentaires :