

## RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

### Patiente :

Nom d'usage : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

### Prescripteur :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....

### Renseignements cliniques

**Echographie du 1<sup>er</sup> trimestre** : Date : ...../...../..... ☐ Non réalisée, motif : .....  
Date de début de grossesse déterminée par l'échographie : ..../..../.... ou terme à 41 SA : ..../..../.... et DDR ..../..../....

Nombre de fœtus : ☐ 1 ☐ 2 : ☐ monochoriale ☐ bichoriale ☐ >2  
Fœtus n°1 : CN : ..... mm. LCC : .....mm Fœtus n°2 : CN : ..... mm LCC : .....mm

Présence d'un jumeau évanescent ☐ Oui ☐ Non

### Renseignements concernant la patiente :

Poids de la patiente : ..... kg Taille de la patiente : .....cm

### Commentaires éventuels :

### Indication de la demande :

**Dans tous les cas, le DPNI n'est pas indiqué en présence d'une clarté nucale  $\geq 3.5$ mm ou de tout autre signe d'appel échographique.**

### Indications remboursables :

- ☐ Risque intermédiaire compris entre 1/51 et 1/1000 après réalisation des marqueurs sériques maternels (joindre résultat).
- ☐ Risque accru  $\geq 1/50$  après réalisation des marqueurs sériques maternels (joindre résultat), en cas de refus de réalisation du caryotype fœtal.
- ☐ Grossesse gémellaire ou multiple > 2 fœtus
- ☐ Antécédent personnel de grossesse avec trisomie 21 fœtale (joindre résultat du caryotype)
- ☐ Couples dont l'un des 2 membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21 (joindre résultat du caryotype).

### Indications non remboursables :

- ☐ Marqueurs sériques maternels non réalisés (joindre formulaire de refus/non réalisation des marqueurs sériques).
- ☐ Souhait parental
- ☐ Autre à préciser : .....

### Documents à joindre à la demande :

- ☐ Ordonnance
- ☐ Attestation de consultation/information signée par le prescripteur ET consentement éclairé signé par la patiente.
- ☐ Copie du compte rendu de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre ou à défaut de la première échographie réalisée (à préciser).
- ☐ Fiche de renseignements cliniques comprenant notamment le poids et la taille de la patiente

### ET en fonction de l'indication du test :

- ☐ Résultat des marqueurs sériques maternels (si marqueurs sériques réalisés)
- ☐ Formulaire de refus / non réalisation des marqueurs sériques maternels (si marqueurs sériques non réalisés)
- ☐ Résultat du caryotype fœtal en cas d'antécédent personnel de grossesse avec trisomie 21 fœtale.
- ☐ Résultat du caryotype du parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21 si tel est le cas.

**Prélèvement :** ☐ 1<sup>er</sup> prélèvement ☐ 2<sup>e</sup> prélèvement = contrôle d'un 1<sup>er</sup> résultat inexploitable du ...../...../.....