

IDENTITÉ DE LA PATIENTE	INFORMATIONS SUR LA PATIENTE OBLIGATOIRE
UNITE: _____ CHAMBRE/LIT: _____ / _____ IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr: _____ Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ Date de naissance: _____ Sexe: <input type="checkbox"/> _____ ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: _____ N° _____ Parenté <input type="checkbox"/> _____ Matricule: _____ Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution: _____ N° d'identification: _____ Service: _____	Age gestationnel D.R. : _____ sem. U.S. : _____ sem. Le NIPT ne peut être réalisé avant la douzième semaine de grossesse. Date prévue accouchement : ____ / ____ / 20__ <input type="checkbox"/> grossesse monofœtale <input type="checkbox"/> grossesse gemellaire (<input type="checkbox"/> Mono Chor./Bi Amniot. <input type="checkbox"/> Mono/Mono <input type="checkbox"/> Bi/Bi <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/> jumeau évanescent) Poids avant grossesse : _____ kg Taille : __, __ m G ____ P ____ FC ____ Age : _____ ans
Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Caucasienne <input type="checkbox"/> Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Moyen-Orient <input type="checkbox"/> Est Asiatique <input type="checkbox"/> Autre :	

PRÉLÈVEMENT SANGUIN	CONDITIONS STRICTES
Le sang maternel prélevé (2x 10 mL, tubes STRECK) doit être mélangé 10 fois par inversion et stocké au frigo immédiatement après prélèvement, puis acheminé au laboratoire à température ambiante dans les plus brefs délais.	
<input type="checkbox"/> Sang maternel (2x 10 mL, tubes STRECK)	Date du prélèvement : ____ / ____ / 20__ Heure du prélèvement : ____ h ____

ANTECEDENTS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	ANTECEDENTS CHEZ LA PATIENTE :
<input type="checkbox"/> Antécédent d'aneuploïdie pour les chromosomes 13, 18 ou 21 lors de grossesses précédentes Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique chez un des deux parents. Précisez : _____ Chez (nom, prénom, date de naissance) : _____ <input type="checkbox"/> Autre : Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Héparinothérapie <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches ou moëlle osseuse <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Cancer

MÉDECINS EN COPIE	MÉDECIN DE FAMILLE :
Gynécologue : _____ Date de demande : ____ / ____ / 20__	Médecin de famille : _____

DEMANDEUR	PRE-ANALYTIQUE (pour usage interne)
Dr.: _____ I.D. nr.: _____ N° INAMI: _____ _____ Signature	(Empty space for pre-analytical notes)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : OBLIGATOIRE
Le NIPT ne peut être réalisé sans le consentement éclairé de la patiente et du médecin référent. Prière de compléter le verso de ce formulaire.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Recherche de trisomie 21 par DÉPISTAGE PRÉNATAL NON INVASIF (DPNI/NIPT)

CENTRE UNIVERSITAIRE DE GENETIQUE



Consultation en génétique nécessaire dans certains cas seulement (prise de rendez-vous au 04/242.52.52)

Le test NIPT n'est pas destiné à détecter, chez le fœtus, d'autres anomalies génétiques que les trisomies 21, 18 et 13. Nous conseillons une prise de rendez-vous pour une consultation en cas d'anomalie échographique fœtale et en cas d'antécédent de maladie génétique dans la famille, notamment chez un autre enfant du couple et plus particulièrement dans les cas suivants : mucoviscidose, maladie de Werdnig-Hoffman / amyotrophie spinale, drépanocytose, thalassémie, parent porteur d'une anomalie chromosomique, autre enfant atteint d'une anomalie chromosomique.

Formulaire de consentement éclairé de la patiente

1. J'ai compris les possibilités et les limites de ce test. J'ai eu la possibilité de poser des questions à mon médecin qui y a répondu d'une façon claire, complète et satisfaisante.
2. J'ai été clairement informée des points suivants :
 - Le test NIPT est adapté à la détection des trisomies 21, 18 et 13 à partir de la douzième semaine de grossesse. D'autres tests mieux appropriés peuvent être demandés en cas de risque élevé d'anomalies génétiques spécifiques (voir ci-dessus).
 - Le test NIPT n'est pas un diagnostic. En cas de résultat normal, la probabilité que mon fœtus soit porteur d'une trisomie 21, 18 ou 13 est très faible mais ne peut être entièrement exclue. Tout résultat anormal doit être confirmé par un diagnostic prénatal invasif.
 - Dans certains cas, aucun résultat ne peut être obtenu avec le premier échantillon sanguin. Un deuxième prélèvement est alors demandé et le test sera refait sans supplément de frais. Le risque de résultat non concluant est accru en cas d'indice de masse corporelle élevé.
 - Dans de rares cas, le NIPT peut détecter des anomalies chromosomiques autres que la trisomie 21, 18 ou 13 et des anomalies chromosomiques maternelles.
 - Le résultat du test sera disponible dans un délai de 1 à 3 semaines après réception de l'échantillon.
 - Ce test est remboursé pour les bénéficiaires de l'INAMI sous les conditions suivantes : âge gestationnel minimal de 12 semaines de grossesse, pas de cumul de remboursement possible avec le test biochimique (triple test), un seul test NIPT remboursé par grossesse.
3. Je donne mon accord pour que le reste de mon échantillon soit utilisé à des fins de recherche, de contrôle, de développement ou de validation. Si je souhaite m'y opposer, je coche cette case .
4. Le test NIPT sera analysé en accord avec les recommandations de la société belge de génétique humaine (BeSHG).

Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que le NIPT soit réalisé afin d'exclure une trisomie 21, 18 ou 13 chez mon fœtus.

PATIENTE

Nom : _____

Date : ____ / ____ / 20__

Signature :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : _____

Date : ____ / ____ / 20__

Signature :

Le médecin prescripteur est responsable de la signature du formulaire de consentement par la patiente.