

**PRESCRIPTEUR**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Fax : .....  
 Email : .....  
 Date : .....

Réservé  
Laboratoire Eurofins Biomnis  
Etiquette code-barre

Signature :

**PATIENTE**

Nom : ..... Adresse : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Date de naissance : .....

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES À LA PRISE EN CHARGE**

Date de début de grossesse : ..... Nombre d'embryons évolutifs : .....  
 Jumeau évanescent :  OUI  NON (Le prélèvement doit être effectué 8 semaines minimum après arrêt d'évolution du jumeau 2)  
 Nuque supérieure ou égale à 3,5mm à l'échographie du premier trimestre :  OUI  NON  
 Présence de signes d'appel échographiques :  OUI  NON  
 Si présence de signes d'appel échographiques, détailler : .....

**INDICATIONS CLINIQUES**

- Dépistage par les marqueurs sériques maternels : (cocher chaque ligne)
1. Stratégie de dépistage :  combiné 1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>ème</sup> trimestre (marqueurs sériques "seuls")
  2. Risque :  accru ( $\geq 1/50$ ) : 1/.....  intermédiaire ( $1/51-1/1.000$ ) : 1/.....
- Grossesse gémellaire  
 Antécédent de grossesse avec trisomie 21 Formule du caryotype fœtal : .....  
 Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21  
 1<sup>er</sup> prélèvement non informatif N° dossier Eurofins Biomnis (sinon joindre le compte-rendu) : .....

**NON REMBOURSÉ (NR)**  Dépistage primaire  Souhait parental  Autres

**Important**

Ce test doit être prescrit **APRÈS** la réalisation de l'échographie du **1T**. Il ne doit pas être proposé en présence d'une hyper clarté nucale  $\geq 3,5\text{mm}$  ou d'une autre anomalie échographique (**nous contacter en cas de signes mineurs**). Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

**Documents OBLIGATOIRES à transmettre avec le prélèvement**

- La prescription médicale
- Ce bon de demande dûment **renseigné et signé**
- L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, consignée par la patiente et le prescripteur
- Pour les analyses NR : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR

**LABORATOIRE**

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39)  
**Nous mettons à votre disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur la boutique en ligne Biomnis Connect > Commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K39.**

Prélèvement réalisé le :

..... à ..... h ..... min

Facturation Laboratoire  Facturation Patiente