

## PRESCRIPTEUR

Nom: .....Prénom: .....  
Adresse:.....  
Tél:.....Fax:.....

## PATIENTE

Nom: .....Prénom: .....  
Adresse:.....  
Tél:.....  
Date de naissance:

## DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie :   
CN: ,  mm LCC : ,  mm (doit être entre 45 et 84 mm)  
Date des dernières règles  ou Date de début de grossesse (confirmée par l'échographie)   
Date d'accouchement prévue   
Nombre de fœtus  Grossesse issu d'un AMP  Oui  Non  IAC  
Si grossesse gémellaire (uniquement si les 2 fœtus  $\geq$  14,3 SA)  FIV  
 monochoriale  bichoriale CN(J2): ,  mm LCC(J2): ,  mm (doit être entre 45 et 84 mm)  ISCI

### Renseignements concernant la patiente :

- Poids de la patiente : ,  Kg Taille de la patiente : ,  cm
- Fumeuse :  Oui  Non
- Diabète :  Oui  Non
- Grossesse antérieure avec Trisomie 21 libre  Oui  Non

## PRESCRIPTION

- 1<sup>er</sup> trimestre: risque combiné (11,0 à 13,6 SA)**  
(PAPP-A+ $\beta$  HCG libre+ CN)  
Prélèvement entre  et
- 2<sup>er</sup> trimestre: risque séquentiel Intégré (14,0 à 17,6 SA)**  
(HCG+AFP+ CN)  
Prélèvement entre  et
- 2<sup>er</sup> trimestre: risque simple (14,0 à 17,6 SA)**  
(HCG+AFP)  
Prélèvement entre  et

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Date de prélèvement: