

### PRESCRIPTEUR

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

### PATIENTE

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

Date de Naissance :

Poids      Kg

Fumeuse  Oui  Non

Diabète insulino-dépendant ?  Oui  Non

Grossesse antérieure avec trisomie 21 (libre et homogène)  Oui  Non

Origine géographique  Europe/Afrique du Nord

Afrique Sub-saharienne et Antilles

Asie

### DONNEES NECESSAIRES AU CALCUL DU RISQUE DE TRISOMIE 21

Date de l'échographie

**CN**    **LCC**    mm

Date de début de grossesse déterminée par échographie

Ou à défaut : Date d'accouchement prévue

Date des dernières règles

Nombre de fœtus

Si grossesse gémellaire (uniquement si les 2 fœtus  $\geq 14.0$  SA)

Monochoriale  Bichoriale CN (J2)    mm LCC (J2)    mm

### DEPISTAGE

- 1<sup>er</sup> trimestre : risque combiné (PAPP-A + hCG $\beta$  + CN)

Prélèvement entre     et

- 2<sup>ème</sup> trimestre : risque séquentiel intégré

Double test (hCG $\beta$  + AFP + CN)

### LABORATOIRE

Prélèvement réalisé le     à  h  min.