

**IDENTITÉ DE LA PATIENTE** **INFORMATIONS CLINIQUES (OBLIGATOIRE)**

UNITE: \_\_\_\_\_ CHAMBRE/LIT: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION** EAD-/HOS-nr: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe:  \_\_\_\_\_

ORGANISME ASSUREUR KG1/KG2: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Parenté

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.**  
**Si BMI élevé (> 35) : un prélèvement après 16 s.a. diminue le risque d'échec dû à une fraction fœtale insuffisante (Livergood et al, AJOG, 2017).**

Date prévue d'accouchement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

grossesse monofoetale  grossesse gémellaire  Mono Chor./Bi Amniot.  Mono/Mono  Bi/Bi  Non connu  jum. évanescent

Poids avant grossesse : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_ , \_\_ m

G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ FC \_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans

**Origine ethnique :**  Caucasienne  Afrique du Nord  Afrique sub-saharienne  Moyen-Orient

Est Asiatique  Autre : .....

**Sexe échographique :**  Filles  Garçon  Non connu

**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.

Sang maternel (**2x 10 mL, tubes STRECK**)

Date du prélèvement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Heure du prélèvement : \_\_\_\_ h \_\_\_\_

**ANTECEDENTS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Antécédent d'aneuploïdie pour les chromosomes 13, 18 ou 21 lors de grossesses précédentes

Précisez : \_\_\_\_\_

Anomalie chromosomique chez un des deux parents.

Précisez : \_\_\_\_\_

Chez (nom, prénom, date de naissance) : \_\_\_\_\_

Autre : Précisez : \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS CHEZ LA PATIENTE :**

Héparinothérapie

Transfusion sanguine

Immunothérapie

Greffe de cellules souches ou moëlle osseuse

Transplantation

Cancer

**MÉDECINS EN COPIE**

Gynécologue : \_\_\_\_\_ Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Date de demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ **PRE-ANALYTIQUE (pour usage interne)**

**DEMANDEUR** Dr.: \_\_\_\_\_

I.D. nr.: \_\_\_\_\_ N° INAMI: \_\_\_\_\_

Signature

PRE-ANALYTIQUE (pour usage interne)

**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.**