



LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client : <input type="text"/> / <input type="text"/> C / <input type="text"/>  Cachet obligatoire	1 tube de 10 mL sang total prélevé lentement sur tube Streck (disponible sur <a href="http://www.lab-cerba.com">www.lab-cerba.com</a> ) Le tube doit être retourné doucement au moins 10 fois. L'échantillon doit parvenir au Laboratoire Cerba sous 5 jours maximum et ne doit PAS ETRE CONGELE.  Date de prélèvement <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Heure de prélèvement <input type="text"/> h <input type="text"/> min S'agit-il d'un prélèvement : <input type="checkbox"/> Initial (1 <sup>er</sup> prélèvement) <input type="checkbox"/> de Contrôle (2 <sup>nd</sup> prélèvement)

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
NOM ..... PRÉNOM ..... Nom de naissance ..... Adresse ..... CP ..... Ville ..... Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Taille et poids : <input type="text"/> (cm) <input type="text"/> (kg)	Numéro RPPS (obligatoire) : .....  Cachet obligatoire  Adresse e-mail : ..... Signature : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET RÉSULTATS ÉCHOGRAPHIQUES	
(Joindre impérativement le compte-rendu de l'échographie)	
Grossesse : <input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Obtenue par procréation médicalement assistée Date de début de grossesse échographique : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  Jumeau évanescent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Anomalie échographique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echographie du 1er trimestre : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non réalisée (précisez motif) : ..... Nombre d'embryons évolutifs : <input type="checkbox"/> 1    Longueur crano-caudale <input type="text"/> , <input type="text"/> mm Mesure de la clarté nucale <input type="text"/> , <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> 2    Longueur crano-caudale <input type="text"/> , <input type="text"/> mm Mesure de la clarté nucale <input type="text"/> , <input type="text"/> mm Chorionicité : .....

INDICATION
<b>RAPPEL</b> Ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1 <sup>er</sup> trimestre. IL NE DOIT PAS ETRE PROPOSÉ en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.5mm ou d'une autre anomalie échographique (nous contacter en cas de signes mineurs).
<b>Risque accru de trisomie 21 ou grossesse multiple :</b> <input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 21 <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse avec trisomie 21 <input type="checkbox"/> Libre et homogène <input type="checkbox"/> Autre Joindre <b>impérativement</b> le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique : ..... <input type="checkbox"/> Dépistage primaire dans le cadre d'une grossesse multiple <input type="checkbox"/> Dépistage par les marqueurs sériques maternels avec un risque supérieur à 1/1000 : <input type="checkbox"/> Combiné 1erTrimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> trimestre      Risque 1/.....
<b>Autres indications (HN*) :</b> <input type="checkbox"/> Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13 <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21 Joindre <b>impérativement</b> le compte-rendu de cytogénétique ou indiquer la formule chromosomique : ..... <input type="checkbox"/> Dépistage primaire chez une femme n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques <input type="checkbox"/> Dépistage primaire ou MSM avec un risque inférieur à 1/1000 : <input type="checkbox"/> Combiné 1erTrimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> trimestre      Risque 1/..... <input type="checkbox"/> Autres : .....

FACTURATION
<input type="checkbox"/> Prise en charge à la NABM <i>prélèvement initial : B1000</i> <input type="checkbox"/> HN* : Voir catalogue <i>2<sup>nd</sup> prélèvement : B1300</i>

Partie réservée au Laboratoire Cerba : <b>Code nature : CFDS (sang total tube Streck)</b> <b>Code analyse : NIPS</b>	Etiquette dossier Cerba
---	-------------------------