

CENTRE DE GENETIQUE HUMAINE

Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue E. MOUNIER – entrée F
Tour R. FRANKLIN – étage 0 Sud
B-1200 BRUXELLES
BELGIQUE

☎ Secrétariat: +32 2 764 67 74
📠 Fax: +32 2 764 69 36

Formulaire de demande de Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI / NIPT)

IDENTIFICATION DU PATIENT	MÉDECIN PRESCRIPTEUR
<p>Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe: F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/> Adresse : _____ Nom, prénom du conjoint : _____ Date de naissance du conjoint : _____</p> <p><i>si patient extra-muros</i> vos références : <input type="checkbox"/> patient ambulatoire <input type="checkbox"/> patient hospitalisé → date d'admission : _____ → identification de l'établissement hospitalier : _____ → n° agrégation de l'établissement : _____</p>	<p>Nom, prénom N° INAMI : _____</p> <p>Date : _____ Signature : _____</p> <p>Adresse : _____ ☎ / Fax : _____</p> <p>Copie à adresser à (nom, prénom et adresse) : _____</p>
RENSEIGNEMENTS DE MUTUELLE	CONSENTEMENT ECLAIRE OBLIGATOIRE
<p>Mutuelle : _____ N° NISS : _____ Code titulaire/bénéficiaire : _____</p>	<p>Le DPNI ne sera pas réalisé sans le consentement éclairé signé par la patiente (cf. verso)</p>
PRELEVEMENT SANGUIN	
<p>Sang maternel : 1 x 8 ml sur tube Streck Cell free DNA</p>	<p>Date du prélèvement : ____ / ____ / ____ Heure du prélèvement : ____ h ____ min</p> <p><i>Le prélèvement doit être conservé à température ambiante et parvenir au laboratoire endéans les 24h du prélèvement</i> Ne pas congeler !</p>
INFORMATIONS CLINIQUES	
<p>Terme actuelle de la grossesse : _____ SA (min 11SA) Date prévue de l'accouchement : ____ / ____ / ____</p> <p>Grossesse : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> gémellaire (préciser) : <input type="checkbox"/> BCBA <input type="checkbox"/> MCBA <input type="checkbox"/> MCMA</p> <p>Fécondation <i>in vitro</i> : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date d'implantation : ____ / ____ / ____</p> <p>Poids avant la grossesse : _____ kg Taille : _____ cm BMI (indice de masse corporel) :</p>	
ANTECEDENTS	
<p>Gestité : _____ Parité : _____ Fausses couches : _____</p> <p>Grossesse précédente avec anomalie chromosomique : _____</p> <p>Antécédents familiaux ou personnels de maladie génétique (préciser) : _____</p> <p>Merci de vérifier l'absence d'un contexte pouvant rendre le dépistage non interprétable Prise de corticoïdes – transfusion sanguine et/ou de dérivés sanguins endéans le mois – jumeau évanescent – BMI>35</p>	
INDICATIONS	
<p><input type="checkbox"/> Age maternel : _____ ans</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p> <p>Avant de réaliser le prélèvement, merci d'entourer le choix de la patiente</p> <p>Si pour chaque question un des 2 choix n'est pas clairement entouré, un document de non conformité vous sera envoyé</p> <p>ET Le laboratoire ne pourra pas réaliser le test</p> <p><input type="checkbox"/> La patiente souhaite être informée du sexe fœtal: OUI - NON</p> <p><input type="checkbox"/> La patiente souhaite être informée en cas de découverte fortuite *: OUI - NON</p> <p>* Voir au verso pour la définition de 'découverte fortuite'</p>	

CONSENTEMENT ECLAIRE

- Je confirme avoir été pleinement informé/e de l'indication, l'objectif, les caractéristiques, les avantages et limites du test de dépistage appelé NIPT.
- J'ai pris connaissance du document d'information, j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et j'ai obtenu toutes les réponses.
- J'ai été avertie que ce test a pour indication première de détecter la présence d'une trisomie 13, 18 et/ou 21 chez le fœtus à partir de 11 semaines de grossesse.
- La technologie utilisée permet de mettre possiblement en évidence une anomalie (perte ou gain) d'une autre région chromosomique. On appelle cela une 'découverte fortuite' car cela ne fait pas partie de l'indication première du test. J'ai le droit d'exprimer mon souhait ou mon refus d'être informée de la mise en évidence d'une telle découverte après avoir été informée des conséquences possibles. Je dois sélectionner cette possibilité par 'oui' si je souhaite être informée ou par 'non' dans le cas où je ne souhaite pas recevoir une telle information.
- La technique de résolution/d'interprétation ne permet pas de dépister toute anomalie chromosomique et toute cause génétique. D'autres tests peuvent être demandés si le risque d'anomalies génétiques spécifiques est défini.
- Je confirme avoir eu la possibilité d'avoir recours à ma demande soit au test de dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 soit à un test diagnostique invasif par amniocentèse ou biopsie de villosités choriales.
- Je comprends que le résultat du présent dépistage ne doit pas être considéré comme un diagnostic. Un résultat positif, signifiant un risque accru, doit toujours être confirmé par un test diagnostique (méthode invasive). Un résultat négatif n'exclut pas complètement la présence d'une trisomie fœtale.
- Dans ~= 3% des cas, le dépistage n'est pas contributif et aucun résultat ne peut être obtenu. Dans ce cas, un deuxième prélèvement peut être réalisé et analysé sans frais supplémentaire.
- J'accepte l'utilisation de mes données cliniques par mon médecin et/ou le laboratoire à des fins de mise au point, de validation et de contrôle de qualité, à condition que je reste anonyme et non identifiable lors de l'analyse des données et que tous mes renseignements personnels soient retirés des rapports ou des publications.
- J'ai été informée que le coût de ce test est défini par la nomenclature de biologie clinique (Article 33bis) et est remboursé par l'organisme assureur des soins de santé (INAMI) (gratuit pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée) et pour les autres patients, une participation personnelle de maximum 8.68 euros.
- Le secrétariat du Centre de Génétique Humaine est accessible pour toute question/contexte qui n'aurait pas été pris en considération ci-dessus (02/764.67.74)

Au vu de tout ce qui est repris ci-dessus, je donne mon consentement pour que le NIPT soit réalisé afin de rechercher en première intention la présence d'une trisomie 13, 18 ou 21

PATIENTE

MEDECIN / CLINICIEN

Nom : _____

Nom : _____

Date : ___ / ___ / _____

Date : ___ / ___ / _____

Signature :

Signature :