



DPNI
Dépistage de la trisomie 21 par analyse de l'ADN foetal circulant

Indication(s) du DPNI : cochez la (ou les) case(s) correspondante(s)

Terme de la grossesse :

Mesure de la clarté nucale : + **Joindre le compte-rendu échographique**

- Test combiné du 1^{er} trimestre ou Marqueurs du 2^{ème} trimestre avec risque >1/1000
⇒ **Joindre le résultat des marqueurs sériques**
- Grossesse multiple. Nombre de fœtus :
⇒ **Joindre le compte-rendu échographique**
- Antécédent de grossesse avec trisomie 21
⇒ **Joindre le compte-rendu du caryotype**
- Translocation robertsonienne parentale connue impliquant le chromosome 21
⇒ **Joindre le compte-rendu du caryotype parental**
- Marqueurs sériques atypiques ou hors bornes (après avis du CPDPN)
- Antécédent de grossesse avec trisomie 13 ou 18 (après avis du CPDPN)
- Translocation robertsonienne parentale impliquant le chromosome 13 (après avis du CPDPN)
- Dépistage primaire (marqueurs non réalisés après 18SA) = indication hors nomenclature

**Attention: ce test n'est pas recommandé ni pris en charge en présence
d'une hyperclarté nucale ≥ 3.5 mm ou de signe(s) d'appel échographique(s)**

Prélèvement effectué le.....à..... Réalisé par

*Prélèvement sur sang total, à effectuer sur **tube Cell-Free DNA BCT (Streck)***

*L'**attestation d'information et de consentement** dûment signée par la patiente et le prescripteur doit être **jointe au prélèvement***

Etiquette patiente

Prescripteur

Signature