



## Demande de Génétique Prénatale

MEDECIN PRESCRIPTEUR : .....

Sage-femme : .....

<b>PATIENTE :</b> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Née le :	Étiquette Patiente	<b>CONJOINT :</b> Nom : Prénom : Né le :
--	--------------------	---

**Type de prélèvement :**  Liquide amniotique     Villosités chorales     Sang fœtal     Placenta     Cordon  
 (+ prélèvement maternel sur **tube EDTA** pour l'étude de la contamination maternelle)

**Date du prélèvement :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_    **Terme :** \_\_ SA + \_\_ j    **Lieu du prélèvement :** .....

**DDG :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_    **Acc prévu le :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_    **Lieu d'accouchement :** .....

### INDICATION :

- ADN libre circulant positif ou ininterprétable   
 Précisez : .....
- Anomalie chromosomique parentale :   
 Mère     Père    Précisez : .....
- Signes d'appel échographiques (hors hyperclarté nucale)   
 Précisez : .....
- Clarté nucale  $\geq 3,5$  mm (hygroma inclus) avant 13SA + 6j = ..... mm
- Marqueurs sériques maternels = 1/.....
- Antécédent pour le couple de grossesse avec caryotype anormal   
 Précisez : .....
- Recherche de mosaïque placentaire (sur 3 fragments placentaires)
- Mort fœtale *in utero* (MFIU) ou fausse couche spontanée (FCS) :   
 Signes échographiques (précisez) : .....  
 Sans signes échographiques
- Autres, précisez : .....

### ISSUE DE GROSSESSE :

- Grossesse en cours
- Enfant né
- MFIU
- FCS
- IMG

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX DE LA PATIENTE	ANTECEDENTS FAMILIAUX DU COUPLE	
	Côté maternel	Côté paternel
<input type="checkbox"/> Grossesse(s) physiologique(s) : .....	<input type="checkbox"/> Infertilité .....	.....
<input type="checkbox"/> MFIU ou FCS : .....	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle .....	.....
<input type="checkbox"/> Pathologie chez un enfant : .....	<input type="checkbox"/> Maladie génétique .....	.....
<input type="checkbox"/> Enfant(s) d'une autre union : <input type="checkbox"/> Mère ..... <input type="checkbox"/> Père .....	<input type="checkbox"/> Autre .....	.....