

Nom		Date de naissance	
Prénom		Sexe <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Rue, No.		Téléphone	
NPA	Lieu		
Nom de l'assurance		Numéro d'assuré	

Copie du résultat à

Copie du résultat à la patiente  poste  e-mail: \_\_\_\_\_ + numéro de téléphone portable: \_\_\_\_\_  
(Seulement en cas de résultat normal, sans rendu du sexe foetal)

Facture

Caisse / Patiente  prise en charge des frais par la patiente  Expéditeur  Autre: \_\_\_\_\_

### Analyses

#### Analyses à partir de 9+0 SA

**Dépistage des trisomies fréquentes (TPNIbasis)**

T21, T18, T13

*(Prise en charge par l'assurance maladie seulement en cas d'indication: CHF 480.60)*

+  **Dépistage des aneuploïdies des chromosomes sexuels \***

ex. X0, XXX, XXY, XYY

*(sans coût supplémentaire)*

*\* Pas toujours réalisable en cas de grossesse gémellaire*

+  **Dépistage des monosomies, trisomies et des délétions/duplications (≥ 7Mb) de tous les chromosomes (TPNIélargi)**

*(Non pris en charge par l'assurance maladie: CHF 250.00, ne peut pas être commandé séparément a posteriori)*

**Détermination du Rhésus-D foetale \* (CHF 177.30)**

*\* Pas toujours réalisable en cas de grossesse gémellaire*

**Dépistage du statut de porteur sain chez la mère**

*(non pris en charge par l'assurance maladie)*

**Mucoviscidose (CHF 499.50)**

**Amyotrophie spinale (AMS) (CHF 481.50)**

**Syndrome de l'X fragile (CHF 333.00)**

**Dépistage complet (mucoviscidose, AMS, X-fragile) (CHF 981.00)**

### Anamnèse

Risque élevé au dépistage du premier trimestre: T21: 1: \_\_\_\_\_ T13 / 18: 1: \_\_\_\_\_  Pas de dépistage du premier trimestre réalisé

Désir maternel

Anomalies échographique: \_\_\_\_\_  Autres: \_\_\_\_\_

### Grossesse (à remplir complètement svp)

Date de la prise de sang: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

SA au moment du prélèvement: \_\_\_\_\_

Taille de la patiente: \_\_\_\_\_ cm

Poids de la patiente: \_\_\_\_\_ kg

Grossesse gémellaire:  Oui  Non

Vanishing Twin:  Oui  Non

Rhésus-D de la patiente:  Pos  Neg

Prophylaxie Anti-D:  Oui  Non

**i** 1 tube-Streck de sang (10 ml) est requis, ou 2 tubes-Streck de sang (10 ml chacun) si une détermination du rhésus D foetal est effectuée en même temps.  
**NE PAS prélever de sang avec des aiguilles papillon! Conserver l'échantillon à température ambiante (NE PAS réfrigérer, congeler ou chauffer).**

### Consentement

Je confirme avoir été informé(e) par la / le médecin au sujet de l'analyse biologique considérée, ainsi que de son coût. Je suis d'accord pour faire effectuer le (les) test(s) et, en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie, d'en couvrir les coûts.

J'autorise l'utilisation de mes échantillons et résultats anonymisés à des fins de recherches:  Oui  Non

\_\_\_\_\_

Lieu, Date

\_\_\_\_\_

Signature de la patiente

\_\_\_\_\_

Lieu, Date

\_\_\_\_\_

Signature de la / du médecin

À compléter par le laboratoire Date: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_