

| | | | |
|--------------------|------|--|--|
| 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: _____