

DEPISTAGE PRENATAL ANEUPLOIDIES
MARQUEURS SERIQUES MATERNELS

Laboratoire d'analyse médicale ATTIA
Avenue HABIB BOURGUIBA 5100-Mahdia
Tél : 73681554 / Fax : 73681921
E-mail : labattiamhamed@gmail.com



PRESCRIPTEUR

Date: ___/___/20___ Dr: _____ E-mail: _____

PATIENTE

Nom : _____ Prénom : _____ GSM : _____
Date de naissance : / / Poids : kg ville : _____
Tabagisme : NON OUI (à partir d'1 cigarette /jour, les 15 derniers jours)
Insuffisance rénale : NON OUI Diabète sucré : NON OUI
Antécédents : Grossesse avec Trisomie 21 Autre aneuploïdie DFTN/DFPA Autre maladie génétique
Autres antécédents notables :
Maladie génétique diagnostiquée dans la famille (+Celle conjoint)

GROSSESSE

DDR : / / Nombre de Fœtus : 1 2 Autre nombre : _____
G : P : A : _____ Chorion : mono bi
Acte AMP : FIV ICSI Autre _____ Sac amniotique : mono bi
Jumeau évanescent
Date d'écho : / / Faite par Dr : _____ LCC : mm CN : mm
Patiente a raté écho T1
Anomalies observées : Ductus venosus onde A négative Régurgitation tricuspide Absence os Pr.nez
Anomalies hors-écho T1 : Métrorragies HRP/décollement Autres :

Important : joindre cliché écho T1 (tête-cou) a cette demande

Respect critères HERMAN (score 7-8) : indispensable pour validité du risque combiné

ANALYSE DEMANDEE

Attention : Dernier délai pour analyse
Risque combiné (Efficience du résultat dépend de la précocité de l'analyse) : ___/___/___