

## CENTRE DE GENETIQUE HUMAINE

Cliniques universitaires Saint-Luc  
Avenue E. MOUNIER – entrée F  
**Tour R. FRANKLIN – étage 0 Sud**  
B-1200 BRUXELLES  
BELGIQUE

☎ Secrétariat: +32 2 764 67 74

☎ Fax: +32 2 764 69 36

## Formulaire de demande de Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI / NIPT)

IDENTIFICATION DU PATIENT	MÉDECIN PRESCRIPTEUR
<p>Nom, prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Sexe: F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/></p> <p>Adresse : _____</p> <p>Nom, prénom du conjoint : _____</p> <p>Date de naissance du conjoint : _____</p> <p><u>si patient extra-muros</u></p> <p>vos références :</p> <p><input type="checkbox"/> patient ambulatoire</p> <p><input type="checkbox"/> patient hospitalisé</p> <p style="margin-left: 20px;">→ date d'admission : _____</p> <p style="margin-left: 20px;">→ identification de l'établissement hospitalier : _____</p> <p style="margin-left: 20px;">→ n° agrégation de l'établissement : _____</p>	<p>Nom, prénom : _____</p> <p>N° INAMI : _____</p> <p>Date : _____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>☎ / Fax : _____</p> <p>Copie à adresser à (nom, prénom et adresse) : _____</p>
RENSEIGNEMENTS DE MUTUELLE	CONSENTEMENT ECLAIRE OBLIGATOIRE
<p>Mutuelle : _____</p> <p>N° NISS : _____</p> <p>Code titulaire/bénéficiaire : _____</p>	<p>Le NIPT ne peut pas être réalisé sans le <b>consentement éclairé signé</b> par la patiente (cf. verso)</p>
PRELEVEMENT SANGUIN	
<p><b>Sang maternel : 1 x 8 ml sur tube Streck Cell free DNA</b></p>	<p>Date du prélèvement : ____ / ____ / ____</p> <p>Heure du prélèvement : ____ h ____ min</p> <p><i>Le prélèvement doit être conservé à température ambiante et parvenir au laboratoire <b>endéans les 24h du prélèvement</b></i></p> <p><b>Ne pas congeler</b></p>
INFORMATIONS CLINIQUES	
<p>Terme actuelle de la grossesse : _____ SA (min 11SA)</p> <p>Grossesse : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> gémellaire (préciser) : <input type="checkbox"/> BCBA <input type="checkbox"/> MCBA <input type="checkbox"/> MCMA</p> <p>Fécondation <i>in vitro</i> : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Poids avant la grossesse : _____ kg</p>	<p>Date prévue de l'accouchement : ____ / ____ / ____</p> <p>Date d'implantation : ____ / ____ / ____</p> <p>Taille : _____ cm</p>
ANTECEDENTS	
<p>Gestité : _____ Parité : _____ Fausses couches : _____</p> <p>Grossesse précédente avec anomalie chromosomique : _____</p> <p>Antécédents familiaux ou personnels de maladie génétique (préciser) : _____</p>	
INDICATIONS	
<p><input type="checkbox"/> Age maternel : _____ ans</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Demande personnelle de la patiente</p> <p>La patiente souhaite être informée du sexe foetal <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>« Si la case ci-dessus <input type="checkbox"/> précédent le 'OUI' n'est pas cochée, le résultat des gonosomes ne sera pas diffusé à la patiente »</p>	

## CONSENTEMENT ECLAIRE

- Je confirme avoir été pleinement informé/e sur l'indication, l'objectif, les caractéristiques, les avantages et les limites du test de dépistage appelé NIPT. J'ai pris connaissance du document d'information, j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et j'ai obtenu toutes les réponses.
- J'ai été avertie que ce test est seulement destiné à détecter les trisomies 13, 18 et 21 chez le fœtus, à partir de 11 semaines de grossesse, et que d'autres anomalies génétiques ne peuvent pas être identifiées. D'autres tests peuvent être demandés si le risque d'anomalies génétiques spécifiques est défini.
- Je confirme avoir eu la possibilité d'avoir recours à ma demande soit au test de dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 soit à un test diagnostique invasif par amniocentèse ou biopsie de villosités choriales.
- Je comprends que le résultat ne doit pas être considéré comme un diagnostic. Un résultat positif signifiant un risque accru doit toujours être confirmé par un test diagnostique par méthode invasive. Un résultat négatif n'exclut pas complètement la présence d'une trisomie fœtale.
- Dans ~ 3% des cas, le dépistage n'est pas contributif et aucun résultat ne peut être obtenu. Dans ce cas, un deuxième prélèvement peut être réalisé et analysé sans frais supplémentaire.
- J'accepte l'utilisation de mes données cliniques par mon médecin et/ou le laboratoire à des fins de mise au point, de validation et de contrôle de qualité, à condition que je reste anonyme et non identifiable lors de l'analyse des données et que tous mes renseignements personnels soient retirés des rapports ou des publications.
- J'ai été informée que le coût de ce test est défini par la nomenclature de biologie clinique (Article 33bis) et est remboursé par l'organisme assureur des soins de santé (INAMI) (gratuit pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée) et pour les autres patients, une participation personnelle de maximum 8,68 euros.
- Le secrétariat du Centre de Génétique Humaine est accessible pour toute question/contexte qui n'aurait pas été pris en considération ci-dessus (02/7646774).

**Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que le NIPT soit réalisé dans les conditions sus-citées, afin de rechercher une trisomie 13, 18 ou 21.**

PATIENTE	MEDECIN / CLINICIEN
Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____  Signature :	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____  Signature :