

ESTIMATION DU RISQUE DE PRE-ECLAMPSIE

par les marqueurs sériques maternels

au 1^{er} trimestre de la grossesse

PRESCRIPTEUR

- 1 - Informer la patiente
- 2 - Compléter toutes les informations cliniques au verso de ce document
Ces informations sont TOUTES OBLIGATOIRES pour l'estimation de ce risque
- 3 - Ce dépistage n'est actuellement disponible que pour une grossesse monofoetale et entre 11.0 et 13.6 semaines d'aménorrhée
- 4 - A noter que la pression artérielle doit être prise aux deux bras

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

- 1 - Prélever 5 ml de sang sur tube sec EXCLUSIVEMENT
- 2 - Centrifuger et congeler dans les 4 heures maximum
- 3 - Cotation 75 € HN si demandé seul, 65 € HN si demandé avec un dépistage combiné au 1^{er} trimestre
- 4 - Le prélèvement est souhaitable au maximum 10 jours après l'échographie et la prise de tension artérielle

INFORMATION PATIENTE

- 1 - Lire l'information
- 2 - Faire signer le consentement par la patiente
- 3 - Faire pratiquer le prélèvement sanguin dans votre laboratoire de biologie médicale habituel

PRESCRIPTION MEDICALE POUR L'ESTIMATION DU RISQUE DE PRE-ECLAMPSIE

Par les marqueurs sériques maternels au 1^{er} trimestre de la grossesse

🔑 DOCUMENT A CONFIER A LA PATIENTE POUR ETRE TRANSMIS AU CENTRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL 🔑

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nom : ■ Prénom : ■ Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ■ Adresse : Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N ° d'identification <input type="text"/> Clé <input type="text"/> <li style="text-align: center; font-size: small;">(zone obligatoirement renseignée) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> CACHET OBLIGATOIRE </div>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES TOUS OBLIGATOIRES POUR L'ESTIMATION DU RISQUE	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Date de l'échographie du 1^{er} trimestre : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ■ Longueur crano-caudale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm (45,0 à 84,0 mm) ■ Date de la prise de la pression artérielle : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bras gauche : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm / Hg Bras droit : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm / Hg ■ Date du doppler des artères utérines : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Index pulsatilité gauche : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (0,40 à 4,00) Index pulsatilité droite : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (0,40 à 4,00) ■ Taille de la patiente : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm ■ Poids de la patiente : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg ■ Fumeuse : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Origine géographique : Europe / Afrique du nord <input type="checkbox"/> Afrique sub- saharienne/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) : ■ Antécédents de pré-éclampsie : NON <input type="checkbox"/> OUI, chez la patiente <input type="checkbox"/> OUI, chez la mère de la patiente <input type="checkbox"/> OUI, chez la patiente ET sa mère <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> ■ Parité (nombre d'enfants nés vivants) : nullipare <input type="checkbox"/> Une grossesse précédente : <input type="checkbox"/> 2 ou plus <input type="checkbox"/> ■ Hypertension chronique : NON <input type="checkbox"/> OUI, traitée <input type="checkbox"/> OUI, non traitée <input type="checkbox"/>

INFORMATION – CONSENTEMENT DE LA PATIENTE
<p>Cet examen biologique est une estimation du risque de pré-éclampsie.</p> <p>Ce risque se calcule avec tous les renseignements cliniques ci-dessus et les résultats de deux dosages biologiques PAPP A et PIGF, pour une grossesse monofœtale et au 1^{er} trimestre de la grossesse.</p> <p>Il s'agit d'un dépistage et non d'un diagnostic (possibilité de faux-positif et de faux-négatif).</p> <p style="margin-top: 20px;">Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> Signature de la patiente : </div>

LABORATOIRE D'EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE	N° de Correspondant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 20%; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">DATE DE PRELEVEMENT</th> <th style="width: 80%; text-align: center; background-color: #e0e0e0;">FACTURATION</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à votre laboratoire <input type="checkbox"/> à la patiente <input type="checkbox"/> en tiers-payant <li style="text-align: center; font-size: small;">(assurance maladie, mutuelle) <p>Fournir impérativement copies de la carte navette, de l'ordonnance, les coordonnées de la mutuelle, n° d'adhérent et période de validité.</p> </td> </tr> </table>	DATE DE PRELEVEMENT	FACTURATION	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à votre laboratoire <input type="checkbox"/> à la patiente <input type="checkbox"/> en tiers-payant <li style="text-align: center; font-size: small;">(assurance maladie, mutuelle) <p>Fournir impérativement copies de la carte navette, de l'ordonnance, les coordonnées de la mutuelle, n° d'adhérent et période de validité.</p>	CACHET
DATE DE PRELEVEMENT	FACTURATION				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à votre laboratoire <input type="checkbox"/> à la patiente <input type="checkbox"/> en tiers-payant <li style="text-align: center; font-size: small;">(assurance maladie, mutuelle) <p>Fournir impérativement copies de la carte navette, de l'ordonnance, les coordonnées de la mutuelle, n° d'adhérent et période de validité.</p>				