



**Laboratoire de chimie clinique**

Réception des laboratoires  
BH18-100  
Rue du Bugnon 46  
1011 Lausanne  
Tél. 079 55 690 48  
[www.chuv.ch/laboratoires](http://www.chuv.ch/laboratoires)



Fax 021 31 40 607 PP 439

**Service de génétique médicale**

Tél. 021 31 43 200 Fax 021 31 43 392

**Unité d'échographie de la maternité**

Tél. 021 31 43 177 Fax 021 31 43 183

**PATIENTE**

Nom, prénom, date de naissance, adresse complète  
(étiquette code-barres CHUV ou autre; à défaut inscription manuscrite)

Espace réservé au laboratoire

**Aux prescripteurs internes :**

Joindre à cette demande un bon N° 10 identifié avec le dito patient  
et cocher l'analyse « Dépistage prénatal - 2ème trimestre : T21 »  
(utiliser une étiquette code-barres du bon pour identifier le prélèvement)

Facturation :  patiente  demandeur

**2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse : détermination des risques de trisomies 21 et 18**

Prélèvement sanguin SG 14 0/7 à 19 6/7: analyses d'AFP et β-hCG libre

**COPIE(S) RAPPORT(S) A :**

Service(s) et /ou médecin(s), adresse(s) complète(s)

**PRESCRIPTEUR :**

Service ou médecin, adresse complète

**PATIENTE**

**Poids et taille** (lors du prélèvement) : .....kg .....cm

**Tabagisme :**  non  oui .....cigarette(s) / jour

**Origine (ethnique) :**  Europe, Afrique du Nord, Amériques du Nord et Latine  
 Afrique (excepté Nord), Caraïbes, Afro-américaine  
 Asie de l'Est (Chine, Corée, Japon)  
 Asie du Sud (Bangladesh, Inde, Pakistan, Sri Lanka)  
 Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Vietnam)  
 métisse  
 autre : .....

**Diabète :**  non  oui  
 gestation.  tt sans insuline  tt insuline  
 type I  
 type II  tt sans insuline  tt insuline

**SI FIV : Date du prélèvement d'ovocytes :** .....(jj/mm/aa)

**Date de fécondation :** .....(jj/mm/aa)

**Date de transfert :** .....(jj/mm/aa)

**Si don, âge donneuse au prélèvement :** .....(ans)

**Anomalies précédentes :**  aucune  T 21  T 13  T 18  autre(s) : .....

**ECHOGRAPHIE / PRELEVEMENT**

• **NOMBRE DE FOETUS**  1  2  .....

**Si gémellarité :**  monochoriale – monoamniotique  monochoriale – diamniotique  dichoriale – diamniotique

• **AGE GESTATIONNEL**

**Date des dernières règles (DR) :** .....(jj/mm/aa) **Doutes sur DR :**  non  oui

**Date de l'US :** .....(jj/mm/aa) **Age gestationnel en date de l'US :** .....+ .....(semaines + jours)

**Terme prévu :** .....(jj/mm/aa)

• **PRELEVEMENT** (SG 14 0/7 à 19 6/7, un tube sérum sans gel 4.9 ml)

**Date et heure :** .....(jj/mm/aa).....(h/min)

**Date d'envoi au labo. :** .....(jj/mm/aa) sous forme de  sang natif  sérum ( non congelé  congelé)

**Signature du médecin :** .....

**REMARQUES :** .....

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- **Prélèvement**

Un tube sérum sans gel de 4.9 ml.

- **Acheminement des demandes d'analyses et des prélèvements**

**Prescripteurs internes**

Acheminement 24h/24 à la Réception des laboratoires BH 18-100 dans les plus brefs délais.

**Prescripteurs externes**

Adresse d'acheminement :

Réception des laboratoires  
BH 18-100  
CHUV  
Rue du Bugnon 46  
1011 LAUSANNE

Selon le délai d'acheminement à la Réception des laboratoires :

- si  $\leq 24$  h : conserver le prélèvement de sang natif à 4 °C (frigo) dans l'attente de sa transmission et l'acheminer dans les plus brefs délais en évitant toute exposition à la chaleur
- si  $> 24$  h : centrifuger, décanter le sérum et le congeler à -20 °C dans l'attente de son envoi; l'acheminer si possible sous forme congelée par transporteur ou courrier postal (en express)

- **Demande de renseignements et commande de formulaires**

Tél. 079 55 69 048