



**Laboratoire de chimie clinique**

Réception des laboratoires

BH18-100

Rue du Bugnon 46

1011 Lausanne

Tél. 079 55 690 48

Fax 021 31 40 607

PP 439

[www.chuv.ch/laboratoires](http://www.chuv.ch/laboratoires)

**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)

**Aux prescripteurs internes :**

Joindre à cette demande un bon N° 40 identifié avec le dito patient  
et cocher l'analyse « Dépistage prénatal - 1<sup>er</sup> trimestre : T21 + T13/18 »  
(utiliser une étiquette code-barres du bon pour identifier le prélèvement)

Facturation :  patiente  demandeur

Espace réservé au laboratoire

**1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse : détermination des risques de trisomie 21 et de trisomies 13/18**

Test séquentiel : prélèvement sanguin à partir de SG 9 0/7 (analyses de  $\beta$ -hCG libre et de PAPP-A), échographie de SG 11 1/7 à 14 0/7 (LCC 45-84 mm et CN)  
A défaut, prélèvement sanguin et échographie simultanés de SG 11 1/7 à 14 0/7

**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 :**  Europe, Afrique du Nord, Amériques du Nord et Latine **Diabète :**  non  oui

(ethnique)  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 : .....

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 transfert : .....(jj/mm/aa)

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

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

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

**ECHOGRAPHIE/ PRELEVEMENT**

**Test séquentiel** (prélèvement et mesures échographiques non simultanés)

(Effectuer une copie du formulaire avant envoi du prélèvement ; compléter la copie pour transmission des mesures échographiques par fax au laboratoire : 021 31 40 607)

**Prélèvement et mesures échographiques simultanés**

**Calcul de risques sans biochimie** (grossesse gémellaire, FIV)

• **NOMBRE DE FOETUS**  1  2  .....

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

• **AGE GESTATIONNEL** (LCC : 45 à 84 mm; SG 11 1/7 à 14 0/7)

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

**Date de l'US :** .....(jj/mm/aa) **Examineur :** ..... **Signature :** .....

**Longueur crânio-caudale (LCC) :** .....(mm)

Si gémellarité :

**LCC (J2) :** .....(mm)

**Clarté nucale (CN) :** .....(mm, au 1/10)

**CN (J2) :** .....(mm, au 1/10)

Si certification : Présence os nasal  oui  non

Régurg. tricusp.  non  oui

Ductus ven.  non  oui

Présence os nasal (J2)  oui  non

Régurg. tricusp. (J2)  non  oui

Ductus venosus (J2)  non  oui

• **PRELEVEMENT** (SG 9 0/7 à 13 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)

**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