



Laboratoire de chimie clinique

Réception des laboratoires
BH18-100
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne
Tél. 079 55 690 48
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° 40 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^{ème} 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 ouicigarette(s) / jour

Origine : Europe, Afrique du Nord, Amériques du Nord et Latine

Diabète : non oui

(ethnique) Afrique (excepté Nord), Caraïbes, Afro-américaine

gestation. tt sans insuline tt insuline

Asie de l'Est (Chine, Corée, Japon)

type I

Asie du Sud (Bangladesh, Inde, Pakistan, Sri Lanka)

type II

Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Vietnam)

tt sans insuline tt insuline

métisse

autre :

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 ≤ 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