

OBLIGATOIRE

Coordonnées patient(e)

Nom, prénom:

Date de naissance: JJ/MM/AAAA

Date de la prise de sang: JJ/MM/AAAA

Médecin:.....

Adresse:.....

Tél:.....

Formulaire de demande pour l'évaluation du risque d'aneuploïdie (T21, T18) et de défaut de fermeture du tube neural au 2ème trimestre: 14s - 22s 6j**Informations Cliniques:**Fécondation in vitro: Oui

Si réimplantation d'embryons congelés, date de la fécondation in vitro: : JJ/MM/AAAA

Si don d'ovocytes, mois et année de naissance de la donneuse : JJ/MM/AAAA

Poids (au moment de la prise de sang): , kgsFumeuse: Oui Non Inconnu Diabète insulino-dépendant: Oui Non Inconnu Ethnie: Caucasien Afrique noire Asiatique Antécédents de trisomie 21 : Oui Non

Date théorique d'accouchement: JJ/MM/AAAA

Informations échographiques:

Echographiste:.....

Nombre de fœtus: 1 , 2 monochoriale (oui /non)Os propre du nez: présent , absent

Clarté nucale mesurée entre 11s et 13s 6j

1) NON

Date de l'échographie: : JJ/MM/AAAA

Age gestationnel à la date de l'échographie , (semaines, jours)

2) OUI

Date de l'échographie: : JJ/MM/AAAA

CRL: , mm

Clarté nucale:

1^{ère} mesure: , mm2^{ème} mesure: , mm3^{ème} mesure: , mm