

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, T13) au 1^{er} trimestre: 11s-13s 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): , kgs

Fumeuse: 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:.....

CRL: , mm et âge gestationnel à la date de l'échographie , (semaines, jours)

Clarté nucale:

1^{ère} mesure: , mm

2^{ème} mesure: , mm

3^{ème} mesure: , mm

Date de l'échographie: : JJ/MM/AAAA

Nombre de fœtus: 1 , 2 monochoriale (oui /non)

Os propre du nez: présent , absent