



IWK Health Centre

Dépistage par le sérum maternel

PREMIER trimestre

Information sur la patiente

NOM (NOM PRÉCÉDENT)

PRÉNOM ET INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM

TÉLÉPHONE DATE DE NAISSANCE

N° de carte santé. Sinon, n° militaire, n° de la GRC ou à la charge de la patiente

ADRESSE POSTALE

VILLE OU MUNICIPALITÉ, PROVINCE, CODE POSTAL

Réservé au site de prélèvement

DATE ET HEURE DU PRÉLÈVEMENT INITIALES

CENTRE DE PRÉLÈVEMENT ET N° TÉLÉPHONE

Prélever un tube SST de 5 ml, centrifuger et transporter au laboratoire du IWK dans les 96 heures, conserver à 4°C.

Dépistage prénatal avec consentement éclairé de la patiente

Médecin Requérant:

NOM N° DE PRATICIEN (si en Nouvelle-Écosse)

ADRESSE TÉLÉPHONE

SIGNATURE FAX

Envoyer une copie des résultats à:

NOM TÉLÉPHONE

ADRESSE FAX

Chaque échantillon de sang doit être accompagné de la présente demande remplie.

Instructions à l'intention de la patiente

DATES - Prélèvement de l'échantillon entre: 9 et 13⁺⁶ semaines (préférence: 10 et 11⁺⁶ semaines)

Tous les renseignements cliniques ci-dessous sont requis pour obtenir une évaluation précise des risques.

Dépistage effectué

1. Tests déjà effectués pendant cette grossesse :

a. Test prénatal non invasif (NIPT)? NON OUI

b. Mesure de la clarté nucale effectuée ou planifiée? NON OUI

Si « Oui », date (AAAA MMM JJ) et endroit

Information de datation Veuillez joindre le rapport de l'échographie de datation **Ou** fournir les données.

2. Échographie (de préférence : 7 à 13⁺⁶ sem. AG)

Date de l'échographie : _____
AAAA MMM JJ

Âge gestationnel par échographie _____ semaines _____ jours

Longueur vertex-coccyx: _____ mm Diamètre bipariétal: _____ mm

Mesure de la clarté nucale, si effectuée : _____ mm

3. Dernière menstruation (DM) _____ INCERTAINE?

AAAA MMM JJ CERTAINE?

4. Date prévue d'accouchement: _____

AAAA MMM JJ

Selon l'échographie Selon la DM

Détails sur la grossesse

5. Poids de la patiente à une date rapprochée du prélèvement:

_____ livres ou _____ kg

6. Origine ethnique de la patiente:

Caucasienne Premières nations Noire

Asie orientale (p. ex. Chine, Japon, Philippines, Vietnam, Corée)

Asie du Sud (p. ex. Inde, Pakistan, Sri Lanka)

Autre/race mixte (préciser)

7. Grossesse unique? NON OUI

Si « Non », préciser Jumeaux Autre

8. Diabétique insulino-dépendante avant la grossesse? NON OUI

9. Grossesses antérieures avec anomalies chromosomiques?

Aucune Trisomie 21 Trisomie 18 AUTRE

10. Conception par fécondation in vitro (FIV; non IIU)?

NON OUI

Si « Oui », fournir les détails au verso, y compris, s'il y a lieu:

Source de l'ovule (patiente elle-même, donneuse, date); embryon

(frais, congelé, date)

Usage réservé aux laboratoires

INSTRUCTIONS D'EXPÉDITION

Échantillon:

Tube SST de 5 ml de sérum maternel (séparé et conservé à 4°C)

Transport:

- *Peut être envoyé sur de la glace, sur un bloc réfrigérant ou réfrigéré avec de la glace carbonique.*
- *La rapidité d'exécution des tests et des rapports est essentielle. **Ne pas retarder l'envoi.***
- *Expédier directement au IWK accompagné de la présente demande remplie.*
(Si inclus avec l'expédition d'échantillons à la NSHA, s'assurer de placer le présent échantillon dans un contenant séparé portant l'adresse du laboratoire du IWK.)

Adresse:

Department of Pathology and Laboratory Medicine
IWK Health Centre
5850 University Avenue
Halifax, Nova Scotia B3H 1V7

Étiquettes additionnelles:

Information additionnelle:
