



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

Version de la demande : 20181010

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<sup>+6</sup> semaines (préférence: 10 et 11<sup>+6</sup> 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<sup>+6</sup> 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:**

---

---

---