



Dépistage prénatal de la trisomie 21

À cocher si le verso de chacune des copies a été tamponné par le professionnel.

Nom
Prénom
Année Mois Jour
Date de naissance
N° d'assurance maladie
Adresse
Code postal
Ind. rég.
N° de téléphone

Prescripteur chargé du suivi des résultats	
Médecin traitant/Infirmière praticienne/Sage-femme	N° de pratique
Adresse	Ind. rég. N° de téléphone
Signature	Ind. rég. N° de télécopieur

Professionnel en copie	
Adresse	N° de pratique
Ind. rég. N° de téléphone	Ind. rég. N° de télécopieur

Informations cliniques	
Date des dernières menstruations (DDM)	Année Mois Jour
Date probable d'accouchement (DPA)	Année Mois Jour
Poids : _____ kg _____ lbs	Mesuré au 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> ou au 2 ^e trimestre <input type="checkbox"/>
Diabète insulino-dépendant?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (excluant diabète gestationnel)
Fécondation <i>in vitro</i> (FIV) :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, date du transfert
Année Mois Jour	
IMPORTANT : si FIV avec don d'ovule, âge de la donneuse au moment du prélèvement de l'ovule : _____ ans	
Grossesse antérieure avec anomalie chromosomique?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, trisomie 21 <input type="checkbox"/> trisomie 18 <input type="checkbox"/> trisomie 13 <input type="checkbox"/>

Informations échographiques (s'il y a lieu)	
Est-ce une grossesse gémellaire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, ne pas faire l'analyse biochimique.
Date de l'échographie	Année Mois Jour
LCC :	_____ mm
BPD :	_____ mm
Clarté nucale :	_____ mm (joindre le rapport d'échographie)
Âge gestationnel suite à l'échographie :	_____
Nom de l'échographe	Signature
Ind. rég. N° de téléphone	N° de pratique

Dépistage biochimique intégré, PARTIE 1 (10 ^e -13 ^e semaines)	
Centre de prélèvements (nom et adresse)	
Signature du préleveur	Date du prélèvement
Année Mois Jour	

Dépistage biochimique intégré, PARTIE 2 (14 ^e -16 ^e semaines idéalement, mais acceptés jusqu'à 20 ^e semaines)	
Centre de prélèvements (nom et adresse)	
Signature du préleveur	Date du prélèvement
Année Mois Jour	

CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE PRÉNATAL DE LA TRISOMIE 21	
Test de dépistage et transmission de renseignements	
En acceptant de participer au <i>Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21</i> , j'autorise les professionnels du laboratoire responsable de l'analyse (selon la région, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec ou le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal) à procéder au test de dépistage de la trisomie 21.	
Pour les fins d'évaluation et du suivi de la qualité du programme de dépistage, j'autorise la transmission des informations contenues sur ce formulaire, les résultats de mon test de dépistage ainsi que l'information sur l'issue de ma grossesse provenant des laboratoires de cytogénétique du Québec et des systèmes de données MED-ECHO et I-CLSC (détails au verso) au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces renseignements personnels seront conservés de manière confidentielle pendant deux ans dans une banque de données centralisée sous la responsabilité du ministre. Ils seront ensuite détruits. Seuls les renseignements non personnels ne permettant pas de m'identifier seront subséquemment conservés.	
Participation volontaire	
Je reconnais que les informations et les explications nécessaires à ma compréhension m'ont été données par un professionnel de la santé. Je reconnais également avoir pris connaissance et avoir bien compris le contenu du dépliant d'information qui m'a été remis.	
Je comprends que ma participation est facultative et que je peux refuser ou accepter le test de dépistage de la trisomie 21. Mon refus n'affectera pas les soins ni le soutien que je recevrai.	
<input type="checkbox"/> J'accepte de participer au Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21.	<input type="checkbox"/> Refus
	Initiales du professionnel
Signature de la femme enceinte	Date
	Année Mois Jour